10-12-1919

Dottore ATTILIO GENTILI

Libero docente di Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Cagliari
Direttore incaricato di Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Sassari

CURRICULUM VITAE

E

RIASSUNTO DELLE PUBBLICAZIONI

SASSARI

TIPOGRAFIA DITTA GIACOMO CHIARELLA

1919

Dottore ATTILIO GENTILI

Libero docente di Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Cagliari
Direttore incaricato di Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Sassari

CURRICULUM VITAE

E

RIASSUNTO DELLE PUBBLICAZIONI

SASSARI
TIPOGRAFIA DITTA GIACOMO CHIARELLA
—
1919

ENUMERAZIONE DEI TITOLI DI CARRIERA (*)

1. Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il 9 luglio 1902 con voti $^{107}/_{110}$ nella R. Università di Padova.
   Tesi di laurea nell' Istituto di anatomia patologica, pubblicata più tardi.
2. Certificato sulla frequenza come studente del corso libero biennale di batteriologia tenuta dal Prof. Canestrini e dell' esame sostenuto.
3. Certificato del Prof. Augusto Bonome sulla frequenza per un biennio (1901-1902) dell' Istituto di anatomia patologica della R. Università di Padova.
4. Lettera del Prof. Tibone colla quale il Gentili viene nominato assistente volontario dell' Istituto ostetrico-ginecologico di Torino nel settembre 1902.
5. Certificato che il Gentili ha frequentato il corso teorico pratico di igiene per gli ufficiali sanitari nella R. Università di Torino superando felicemente le relative prove d' esame (1903).
6. Certificato del Prof. Giuseppe Vicarelli, succeduto al Tibone nella Direzione dell' Istituto ostetrico-ginecologico di Torino, sul servizio prestato dal Gentili come assistente volontario nel biennio 1902-1904 (Professori Tibone e Vicarelli).
7. Certificato del Prof. Dührssen ostetrico-ginecologo di

(*) Ai titoli qui elencati sono aggiunti la fede di nascita debitamente legalizzata e quella penale di data recente.

Berlino sulla frequenza alla sua clinica dall'ottobre 1904 al marzo 1905 e sui lavori ivi eseguiti.

8. Certificato del Prof. Pick sulla frequenza del laboratorio della Clinica ostetrico-ginecologica del Prof. Landau di Berlino (febbraio-marzo 1905) e sui lavori ivi compiuti.
9. Certificato del Prof. Henke Direttore dell' Istituto di anatomia patologica di Charlottenburg (Berlino) sulla frequenza dell' Istituto dal 1° ottobre 1905 all' agosto 1906 e sui lavori ivi fatti, riguardanti la specialità ostetrico-ginecologica.
10. Certificato di iscrizione alla R. Università "Federico Guglielmo,, di Berlino l' 11 maggio 1906.
11. Certificato di iscrizione alla facoltà medica di detta Università.
12. Certificato e libretto dell' Università di Berlino comprovante la frequenza ai corsi del semestre estivo 1906.
13. Certificato di frequenza al corso di esercizi embriologici tenuto in maggio-giugno 1906 dal Prof. Hertwig a Berlino.
14. Certificato del Prof. Nagel sulla frequenza al corso di operazioni ostetriche (semestre estivo 1906).
15. Certificato del Prof. Orth sulla frequenza al corso di anatomia patologica e ad un corso pratico di microscopia (semestre estivo 1906).
16. Certificato del Prof. Henkel sulla frequenza e sulle cognizioni acquisite al corso semestrale di "diagnostica ginecologica,, presso la Clinica ostetrica universitaria di Berlino.
17. Certificato del Prof. Stoeckel sulla frequenza del corso pratico di cistoscopia, ureteroscopia e cateterismo degli ureteri (semestre estivo 1906).
18. Comunicazione di nomina biennale, dietro concorso, al posto di medico chirurgo assistente al Brefotrofio, all' Ospizio di maternità ed alla Scuola di ostetricia della libera Università di Perugia (30 ottobre 1906) diretti dal Prof. Sfameni.
19. Comunicazione di conferma a detto posto per l' anno scolastico 1908-1909.
20. Certificato del Presidente della Congregazione di Carità di Perugia sul servizio prestato dal Gentili come assi-

stente e supplente il primario all'Ospizio di Maternità e Brefotrofio (biennio 1907-1908).

21. Decreto ministeriale di nomina ad assistente presso la R. Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari diretta dal Prof. Sfameni (dicembre 1908).
22. Decreto di aumento di stipendio come assistente alla Clinica di Cagliari.
23. Decreto di nomina ad aiuto dell'Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari il 1° novembre 1909 con tacita conferma per il 1910-1911 e per il 1911-1912.
24. Abilitazione alla libera docenza in Clinica ostetrico-ginecologica (luglio 1911) nella R. Università di Cagliari.
25. Decreto di conferma ad aiuto della Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari per l'anno scolastico 1912-13.
26. Decreto di conferma ad aiuto della Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari per l'anno scolastico 1913-14.
27. Decreto di conferma ad aiuto della Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari per l'anno scolastico 1914-15.
28. Decreto di nomina ad incaricato dell'insegnamento della Clinica ostetrico-ginecologica e della direzione della Clinica annessa alla Cattedra per l'anno scolastico 1914-1915 nella R. Università di Cagliari.
29. Certificato dell'Università di Cagliari sull'effettivo esercizio della libera docenza in Clinica ostetrico-ginecologica.
30. Certificato della Facoltà medica di Cagliari sul modo col quale è stato disimpegnato l'ufficio di incaricato dell'insegnamento della Clinica ostetrico-ginecologica e della direzione dell'Istituto (anno scolastico 1914-1915).
31. Certificato dell'Amministrazione dell'Ospedale Civile di Cagliari sul modo con cui dal 1909 al 1914 venne disimpegnato dal Gentili l'ufficio di aiuto della Clinica ostetrico-ginecologica funzionante anche da reparto ospedaliero e quello di Primario ostetrico-ginecologo per il 1915.
32. Certificato del Municipio di Cagliari sull'opera prestata dal Gentili dal 1909 al 1915 nel servizio di pronto soccorso ostetrico-ginecologico per i poveri, che il Comune istituì e che per convenzione speciale affidò alla Clinica ostetrico-ginecologica.

33. Certificato del Prof. Sfameni sulla collaborazione prestatagli dal Gentili a Perugia ed a Cagliari dal 1906 al 1915.
34. Decreto di conferma ad aiuto della Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari per l'anno scolastico 1915-1916.
35. Decreto di aumento di stipendio come aiuto alla Clinica di Cagliari per compiuto sessennio dal 1° novem. 1915.
36. Decreto di nomina ad incaricato dell'insegnamento della Clinica ostetrico-ginecologica e della direzione dell'Istituto annesso alla cattedra per l'anno scolastico 1915-1916 nella R. Università di Sassari.
37. Certificato della Facoltà medica di Sassari del giugno 1916 sul modo col quale fu disimpegnato l'ufficio di incaricato dell'insegnamento della Clinica ostetrico-ginecologica e della direzione dell'Istituto nell'anno scolastico 1915-1916.
38. Certificato dell'Amministrazione dell'Ospedale Civile di Sassari sul modo col quale fu disimpegnato l'ufficio di Primario ostetrico-ginecologo dal gennaio al giugno 1916.
39. Decreto di conferma ad incaricato dell'insegnamento di Clinica ostetrico-ginecologica nell' Università di Sassari e della direzione della Clinica annessa per l'anno scolastico 1916-1917.
40. Decreto di conferma ad incaricato dell'insegnamento di Clinica ostetrico-ginecologica nell' Università di Sassari e della direzione della Clinica annessa per l'anno scolastico 1917-1918.
41. Decreto di conferma ad incaricato dell'insegnamento di Clinica ostetrico-ginecologica nell' Università di Sassari e della direzione della Clinica annessa per l'anno scolastico 1918-1919.
42. Certificato comprovante la riconferma ad incaricato dell'insegnamento di Clinica ostetrico-ginecologica di Sassari e della direzione della Clinica annessa per l'anno scolastico 1919-1920.
43. Certificato dell'Economato della R. Università di Sassari comprovante i sussidi straordinari ottenuti durante gli anni 1916-1919 a vantaggio della Clinica ostetrica (L. 33700).

44. Lettera del Ministero della Pubblica Istruzione comprovante il consenso e l'aiuto per l'istituzione presso la R. Università di Sassari di un corso preparatorio per le allieve levatrici secondo le proposte del direttore della Clinica ostetrica (anno scolastico 1918-1919).
45. Attestazione della Provincia di Sassari per l'opera spesa a vantaggio degli Esposti e per i fondi ottenuti dal Ministero dell'Interno (L. 70.000) per istituire una sala di allattamento in continuazione ed alle dipendenze della Clinica ostetrica.
46. Certificato della Facoltà medica di Sassari dell'ottobre 1919 sul modo col quale è disimpegnato l'ufficio di incaricato dell'insegnamento della Clinica ostetrico-ginecologica e della direzione dell'Istituto dal 1916 al 1919.
47. Certificato dell'Amministrazione dell'Ospedale Civile di Sassari sul modo col quale è disimpegnato dal Gentili l'ufficio di Primario ostetrico-ginecologo dal giugno 1916 all'ottobre 1919.
48. Certificato dell'Autorità militare sul servizio prestato dal Gentili dal maggio 1917 al novembre 1918 come Maggiore medico capo-reparto di chirurgia.

ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI

A) — **Personali.**

1. Le alterazioni istologiche del fegato prodotte da sostanze che distruggono i globuli rossi (con 1 tavola). Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell' ittero (in collaborazione con Ravenna). *Lo Sperimentale anno LVIII fasc. 1 febbraio 1904* (Istituto di anatomia patologica di Padova).
2. Di una speciale causa di brevità relativa del funicolo in un feto gemello (con 1 figura). *Annali di ostetricia e ginecologia, giugno 1904 N. 6* (Istituto ostetrico-ginecologico di Torino).
3. Ueber das Verhalten des Eierstocksrestes bei Dermoidcysten insbesondere über ovarielle Fettresorption (mit 1 Tafel). *Archiv. für Gynäkologie Bd 77 Heft 3.* (Clinica ostetrico-ginecologica di Landau di Berlino).
4. Sul taglio cesareo vaginale (con 3 tavole). *Archivio di ostetricia e ginecologia anno XII N. 11 e 12, 1905* (Clinica ostetrico-ginecologica di Dührssen di Berlino).
5. Un nodo vero del cordone ombelicale può esser causa di morte intrauterina del feto (con 17 figure). *Folia gynaecologica vol. I fasc. II, 1908* (Maternità e Scuola ostetrica di Perugia).
6. Parto distocico per voluminoso linfoangioma della regione carotidea, mammaria ed ascellare del feto (con 2 tavole). *La Ginecologia anno VI, 1909* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

7. Alcoolismo e gravidanza — Studio sperimentale (in collaborazione con Cambazzu). *Annali di ostetricia e ginecologia, settembre 1911 N. 9* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).
8. Reazione di Wassermann nel sangue del cordone ombelicale, nel sangue materno e nel sangue fetale dopo la nascita. Rapporto fra prova sierologica, fenomenologia clinica, parassitologia ed alterazioni anatomiche degli annessi fetali. — Nota preventiva (in collaborazione con Serra). *Pathologica, anno III, N. 63, 15 giugno 1911* (Istituto ostetrico-ginecologico e Clinica dermosifilopatica di Cagliari).
9. Polipi mucosi in gravidanza e loro reazione deciduale (con 5 tavole). *Folia gynaecologica, vol. IV, fasc. II, 1911* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).
10. Reazione di Wassermann nel sangue del cordone ombelicale, nel sangue materno e nel sangue fetale dopo la nascita. Sua importanza nello studio della sifilide ereditaria. Rapporti fra prova sierologica, fenomenologia clinica, parassitologia ed eventuali alterazioni anatomiche degli annessi fetali (in collaborazione con Serra). *Annali di ostetricia e ginecologia, dicembre 1911 n. 12* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).
11. Le cellule interstiziali ovariche nella intossicazione alcoolica sperimentale. *Pathologica, anno VI, N. 81, 15 marzo 1912* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).
12. Sopra rare forme di pseudocisti ematiche intracapsulari della milza simulanti cistomi ovarici. *Annali di ostetricia e ginecologia, settembre 1912 N. 9* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).
13. Malattie infettive ed ovaio. *Rassegna di ostetricia e ginecologia, N. 1-11, gennaio-novembre 1912* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).
14. Ricerche sperimentali sulla resistenza del cordone ombelicale e delle pareti dei suoi vasi sanguigni, con osservazioni critiche sul cosidetto parto precipitoso. *Annali di ostetricia e ginecologia, ottobre 1912 N. 10* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).
15. Sulle modificazioni dell'ovaio e degli altri organi di animali inoculati con materiale leproso di diversa pro-

venienza (in collaborazione con Serra). *Rassegna di ostetricia e ginecologia, 1912* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

16. Di una causa tossica poco nota di gastro-enterite necrotico emorragica (in collaborazione con Bolaffi). *Lo Sperimentale anno LXVII supplemento al fasc. IV, 1913* (Istituto ostetrico-ginecologico ed Istituto di anatomia patologica di Cagliari).

17. La decidua considerata come ghiandola endocrina (con 9 tavole). *Annali di ostetricia e ginecologia, agosto 1913 n. 8* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

18. Di alcune caratteristiche istologiche in ovaie di donna leprosa (con 4 figure). *Folia gynaecologica vol. VIII, fasc. III, 1913* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

19. Nuovo contributo allo studio delle pseudocisti della milza simulanti cistomi ovarici (con 2 tavole). *Annali di ostetricia e ginecologia, luglio 1914 N. 7* (Istituto ostetrico ginecologico di Cagliari).

20. Ueber die innere Sekretion der Decidua im Hinblick auf die Arbeit von J. Schottländer: Zur Theorie der Abderhalden' schen Schwangerschaftsreaktion u. s. w. *Zentralblatt für Gyn. n. 33, 1914* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

20ª Sulla secrezione interna della decidua a proposito del lavoro di J Schottländer: Sulla Teoria della reazione di Abderhalden. *Annali di ostetricia e ginecologia, dicembre 1914 n. 12.*

21. La Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari nel quinquennio 1908-1913. *Rassegna di ostetricia e ginecologia, n. 7-12 luglio-dicembre 1914.*

22. Aborti ripetuti per echinococco del rene (nota clinica). *Annali di ostetricia e ginecologia, ottobre 1915 n. 10* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

23. La caduque considerée come glande endocrine (aver 2 planches). *Archives italiennes de biologie, tome LXIII, fasc. II, 1915.*

24. L' albumina deciduale e la reazione di Abderhalden per la diagnosi di gravidanza di varie specie animali. *Pathologica 15 novembre 1915* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

25. Indagini isto-chimiche riguardanti la funzione della decidua (con 9 tavole). *Annali di ostetricia e ginecologia, febbraio 1916 n. 2* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari)
26. I Lipoidi della decidua. — Ricerche chimiche e biologiche (in collaborazione con Rinaldo Binaghi). *Annali di ostetricia e ginecologia, luglio 1916 n. 7* (Istituto ostetrico-ginecologico di Sassari).
27. Sulla guarigione spontanea delle fistole ureterali consecutive ad interventi ginecologici. *Annali di ostetricia e ginecologia, gennaio 1917 n. 1* (Istituto ostetrico-ginecologico di Sassari).
28. L'Ipofisi in rapporto all'aumentata diuresi ed al così detto diabete insipido della gravidanza. *Annali di ostetricia e ginecologia, maggio 1917 n. 5* (Istituto ostetrico-ginecologico di Sassari).
29. Sulla trasmissione della malaria per via placentare. *Annali di ostetricia e ginecologia, marzo-aprile 1918 n. 3-4* (Istituto ostetrico-ginecologico di Sassari).
30. Sul significato dei follicoli linfatici della mucosa uterina durante la gravidanza e fuori di essa. *Tipografia Chiarella, Sassari 1919* (Istituto ostetrico-ginecologico di Sassari).

B) — **Dell' Istituto**

1. FALCO A. — Morbo di Addison e gravidanza. *Rassegna di ostetricia e ginecologia settembre-ottobre 1915* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

2. FALCO A. — Sulle retroflessioni dell' utero. *Annali di ostetricia e ginecologia, dicembre 1915* (Istituto ostetrico-ginecologico di Cagliari).

RIASSUNTO

DELLA ATTIVITÀ SCIENTIFICA E DIDATTICA

Nato a Vittorio Veneto il 20 dicembre 1877, seguì gli studi di medicina e chirurgia nella R. Università di Padova ottenendo la laurea il 9 luglio 1902 con voti $^{107}/_{110}$ (Titoli Num. 1).

Durante la sua carriera scolastica frequentò, per un biennio, il corso libero di batteriologia tenuto dal Prof. Canestrini e ne superò il relativo esame (Titoli N. 2).

Durante l' ultimo biennio frequentò l' Istituto di anatomia patologica diretto dal Prof. Bonome « *assistendo a molte necroscopie ed esercitandosi nella tecnica istologica, e traendo da questi studi molto profitto* » (Titoli N. 3).

Come tesi di laurea presentò il lavoro: « Le alterazioni istologiche del fegato prodotte da sostanze che distruggono i globuli rossi — Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell' ittero » (Pubb. N. 1).

Lo stesso anno della laurea, (ottobre 1902) venne nominato dal Prof. Tibone (Titoli N. 4) assistente volontario per il 1902-1903, dell' Istituto ostetrico-ginecologico della R. Università di Torino, posto al quale fu riconfermato l'anno seguente 1903-1904 dal Prof. Vicarelli, succeduto al compianto Prof. Tibone — Durante questo tempo « *ebbe l' opportunità di arricchire le proprie cognizioni nella specialità, di addestrarsi nelle indagini cliniche e nelle operazioni ostetrico-ginecologiche; fu per turno addetto ai servizi delle sezioni cliniche,*

della guardia ostetrica, dell'ambulatorio, coadiuvando pure gli assistenti effettivi nelle esercitazioni ostetriche » ed il direttore dell'Istituto opinava che il Gentili « *sarà per distinguersi fra i cultori delle discipline ostetrico-ginecologiche* » (Certificato Prof. Vicarelli, Titoli N. 6).

Durante il tempo del suo assistentato ha frequentato in Torino il corso teorico-pratico di igiene per gli ufficiali sanitari, superando felicemente le relative prove d'esame (Titoli Num. 5) e l'Istituto di anatomia patologica del Prof. Foà.

Nell'Istituto ostetrico di Torino pubblicò il lavoro: « Di una speciale causa di brevità relativa del funicolo in un feto gemello » (Pubb. N. 2).

Lasciata la Clinica di Torino, nell'ottobre 1904 si recò a Berlino dove risiedette fino alla fine del 1906 avendo opportunità di perfezionarsi negli studi di anatomia patologica concernenti in particolar modo la branca ostetrico-ginecologica, e le Cliniche della specialità.

Infatti dall'ottobre 1904 al marzo 1905 fu volontario nella Clinica privata ostetrico-ginecologica del Prof. Dührssen « *prendendo parte a numerose operazioni ed occupandosi anche delle più importanti questioni scientifiche della specialità* » (Certificato Dührssen, Titoli N. 7).

Per consiglio del Dührssen pubblicò la Monografia: « Sul taglio cesareo vaginale » (Pubb. N. 4) che ebbe numerose e favorevoli recensioni anche in Francia dove l'Obstetrique (Mai 1906 pagina 275) la definì: « travail tres complète et de haut interêt ». Il Dührssen la qualificò: « werthvolle Arbeit » (Vedi Cert. Titoli N. 7).

Nel febbraio-marzo 1905 frequentò il corso diagnostico di istologia patologica della specialità, tenuto, nel laboratorio del Landau, dal Prof. Pick. Nei mesi seguenti, sotto la guida dello stesso Prof. Pick « *si occupò di ricerche speciali su materiale anatomo-patologico del sistema sessuale femminile. A questi studi è dovuto il lavoro: Ueber das Verhalten des Eierstocksrestes bei Dermoidcysten insbesondere über ovarielle Fettresoption* (Titoli N. 8, Pubbl. N. 3). Di questo lavoro Schottländer (Archiv für Gyn. Bd. 78 pag. 16) dice che offre a questo speciale capitolo della ginecologia « *eine wertvolle Bestätigung und Ergänzung.* »

Dal 1° ottobre 1905 all'agosto 1906 fu assiduo nel laboratorio di anatomia patologica e batteriologia dell'Ospedale di Charlottenburg (Westend) diretto dal Prof. Henke dove « *ha compiuto con attività ed interesse studi di anatomia patologica, ha presenziato le giornaliere necroscopie, fatte ricerche su esse, come pure si è occupato con successo e competenza di istologia ginecologica ed ostetrica mostrando la sua capacità ad eseguire indipendentemente dei lavori scientifici.* » (Certificato Henke Titoli N. 9).

Per frequentare alcune cliniche ed alcuni corsi accessibili esclusivamente agli studenti regolarmente immatricolati, ottenne di inscriversi per un semestre, dall'11 maggio 1906, alla R. Università Federico Guglielmo di Berlino (Titoli N. 10) ed alla Facoltà di medicina (Titoli N. 11).

Frequentò in questo semestre, corsi di dimostrazioni di anatomia e istologia patologica del Prof. Orth nell'Istituto di patologia ed anatomia patologica; di diagnostica ginecologica del Prof. Henkel alla 1ª Clinica ostetrica universitaria; di operazioni ostetriche con esercizî del Prof. Nagel; di embriologia e di esercizî embriologici del Prof. Hertwig nell'Istituto anatomo-biologico (Titoli N. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Durante lo stesso semestre estivo 1906, nella Clinica ostetrica della Charité del Prof. Bumm, che frequentò spesso anche precedentemente, seguì colla guida del Prof. Stoeckel un corso di cistoscopia, ureteroscopia e cateterismo degli ureteri tanto da « *padroneggiare molto bene la tecnica di questi metodi di esame* » (Certif. del Prof. Stoeckel, Titoli N. 17).

Il 30 ottobre 1906 fu nominato, per un biennio, Medico Chirurgo assistente al Brefotrofio, all'Ospizio di Maternità ed alla Scuola ostetrica di Perugia, diretti dal Prof. Sfameni, essendo riuscito primo nel concorso bandito per detto posto. Ne assunse l'ufficio in febbraio 1907. (Titoli N. 18).

Scaduto il termine egli fu confermato a detto posto « *in vista dell'ottimo e diligente servizio da lui prestato* » (Titoli N. 19).

Fu di questo periodo il suo lavoro: « Un nodo vero del cordone ombelicale può essere causa di morte intrauterina del feto » (Pubbl. N. 5). Altre ricerche vennero iniziate, anche su altri argomenti, che furono pubblicate più tardi da Cagliari.

Per qualche mese, dopo il passaggio del Direttore Prof. Sfameni a Cagliari « *resse da solo con lode il Brefotrofio e la Maternità di Perugia dando, come prima durante il suo assistentato, prova di lodevole attività e capacità ed eseguendo numerose operazioni.* » (Certificato della Congregazione di Carità di Perugia, Titoli N. 20).

Dietro proposta del Prof. Sfameni fu nominato, nel dicembre 1908, assistente presso la R. Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari assumendo il posto nel febbraio 1909 (Titoli N. 21).

Nel 1° novembre 1909 vi fu nominato aiuto, posto che tenne ininterrottamente fino al febbraio 1916 (Titoli N. 23, 25, 26, 27, 34, 35).

In luglio 1911 ottenne, per esami, la libera docenza in Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Cagliari (Titoli N. 24) presentando la monografia « Malattie infettive ed ovaio » (Pubbl. N. 13). Le conferme a vari capitoli di questo lavoro furono numerose specialmente per ciò che concerne la sifilide e la tubercolosi (Jawonski e Benso).

I risultati delle esperienze riguardanti la « Lepra » furono pubblicati a parte in collaborazione col Serra che si occupò delle modificazioni degli altri organi, esclusi i genitali, sotto il titolo di « Modificazioni dell' ovaio e degli altri organi di animali inoculati con materiale leproso di diversa provenienza » (Pubbl. N. 15).

Durante il tempo trascorso a Cagliari come aiuto pubblico: « Parto distocico per voluminoso linfoangioma della regione carotidea mammaria ed ascellare del feto » (Pubbl. N. 6): illustrazione di un caso clinico osservato a Perugia ed « Alcoolismo e gravidanza » studio sperimentale in collaborazione con l' allievo Cambazzu (Pubbl. N. 7) di cui la parte principale ed importante è dovuta al Gentili (vedi nota stampata in calce alla pag. 1 del lavoro stesso). Di questo lavoro si ebbe una recensione in « Pathologica » (1913 N. 122) e citazioni in vari Trattati (vedi p. e. Ferroni: Fisiopatologia della gravidanza).

Si occupò di questioni di vivo interesse nel campo della ostetricia e della sifilografia; intraprese col Serra il lavoro: « Reazione di Wassermann nel sangue del cordone ombe-

licale, nel sangue materno e nel sangue fetale dopo la nascita. Sua importanza nello studio della sifilide ereditaria. Rapporti fra prova sierologica, fenomenologia clinica, parassitologia ed eventuali alterazioni anatomiche degli annessi ovulari » (Pubbl. N. 10). In questo lavoro del quale fu pubblicata anche una nota preventiva (Pubbl. N. 8) ciò che si riferisce alla parte generale fu più particolarmente studiato dal Serra, tutto ciò che concerne la parte speciale (alterazioni degli annessi ovulari, loro esami batterioscopici, microscopici ecc.) fu opera del Gentili. I risultati di queste ricerche furono riportati nel Trattato del Ferroni (Fisiopatologia della gravidanza) ed ebbero fra molte altre, una lunga recensione in francese (Archives de medicine legale 1912, Jullet, vol. III, fasc. 3).

Pubblicò le altre seguenti monografie: « Polipi mucosi in gravidanza e loro reazione deciduale » (Pubbl. N. 9) — « Le cellule interstiziali ovariche nella intossicazione alcoolica sperimentale » (Pubbl. N. 12) — « Sopra rare forme di pseudocisti ematiche intracapsulari della milza simulanti cistomi ovarici » e « Nuovo contributo allo studio delle pseudocisti della milza simulanti cistomi ovarici » (Pubbl. N. 12 e 19) — « Ricerche sperimentali sulla resistenza del cordone ombelicale e delle pareti dei suoi vasi sanguigni con osservazioni critiche sul cosidetto parto precipitoso » (Pubbl. N. 14). [Le conclusioni di questo lavoro sono state prese in considerazione pure al di fuori del campo ostetrico; ne sono comparse estese recensioni anche in periodici di medicina legale: Archivio di Lombroso ed Archives internationales de medicine legale] — « Di una causa tossica poco nota di gastro-enterite necrotico-emorragica » (Pubbl. N. 16). Questa comunicazione fu letta alla riunione della Società Italiana di Patologia, 1913, e le conclusioni di essa sono accettate nel Trattato di Materia Medica del Marfori (pag. 175). [La collaborazione del Bolaffi riguarda le indagini anatomo-patologiche].

Compilò inoltre lo studio: « Di alcune caratteristiche istologiche in ovaie di donna leprosa » (Pubbl. N. 18).

Prendendo poi lo spunto di un concetto di Sfameni di considerare la decidua come glandola endocrina, il Gentili raggiunse questa dimostrazione attraverso una serie di studi

sperimentali portati a compimento sia durante il periodo nel quale era aiuto a Cagliari sia posteriormente, quando divenne incaricato a Cagliari ed a Sassari. L'ultimo dà i risultati di una sostanza chimicamente definita, biologicamente attiva isolata dalla decidua stessa. I lavori sopra questo argomento sono: 1° « La decidua considerata come glandola endocrina » (Pubb. N. 17); 2° « Ueber die innere Sekretion der Decidua im Hinblick auf die Arbeit von J. Schottländer ecc. » (Pubb. N. 20); « Sulla secrezione interna della decidua a proposito del lavoro di J. Schottländer: Sulla teoria della reazione di Abderhalden » (Pubb. N. 20ª); 3° « La caduque considerée come glande endocrine » (Pubb. N. 23); 4° « L'albumina deciduale e la reazione di Abderhalden per la diagnosi di gravidanza in varie specie animali » (Pubb. N. 24); 5° « Indagini isto-chimiche riguardanti la funzione della decidua » (Pubb. N. 25) 6° « I lipoidi della decidua — Ricerche chimiche e biologiche » (Pubbl. N. 26).

Per illustrare l'indirizzo clinico didattico dell'Istituto di Cagliari pubblicò il lavoro « La Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari nel quinquennio 1908-1913 » (Pubb. N. 21).

Come aiuto insegnò alle allieve levatrici del 1° e 2° corso, impartì l'insegnamento teorico agli studenti, fece loro gli esercizi operatori ostetrici, aiutando e sostituendo il Direttore anche nelle conferenze cliniche, nelle operazioni ed in tutte le mansioni del suo ufficio, in modo da meritare da lui un lusinghiero attestato di stima che illustra minutamente gli otto anni di ininterrotta collaborazione prestatagli (Titoli N. 33). Durante questo periodo, lo Sfameni, dichiara che il Gentili ha tenuto il posto « *meritando ognora la sua approvazione completa* e che *le sue qualità di clinico e di operatore, che pochi conoscono, sono quanto mai pregevoli perchè uniscono in armonia felice la prudenza e l'ardire a tempo e luogo.* » Un'ultima cosa Egli accerta « *ed è la probità vera e non ostentata che il Gentili mette in ogni sua deliberazione sia nello studio, sia nella pratica professionale.* »

Quanto alla produzione scientifica lo Sfameni afferma « *che essa vale per pregio di fatti e per raziocinio* e che *è andata sempre più affermandosi di mole e di valore.* »

Come libero docente tenne il corso di « Evoluzione storica della tecnica operativa ostetrica e sue applicazioni

pratiche odierne » approvato per quattro anni dal Consiglio Superiore (Titoli N. 29).

Fu proposto con votazione unanime della facoltà medica di Cagliari a tenere per incarico l' insegnamento della Clinica ostetrica e la Direzione dell' Istituto annesso alla Cattedra per l' anno scolastico 1914-1915 ed il Ministero ne decretò la nomina (Titoli N. 28).

Di questo tempo sono le sue pubblicazioni sopra notate (vedi Pubb. N. 24 e 25) e l' altra: « Aborti ripetuti per echinococco del rene » (Pubb. N. 22).

Si devono al personale assistente altre pubblicazioni fatte sotto la direzione del Gentili come « Morbo di Addison e gravidanza » e « Sulle retroflessioni dell' utero » (vedi Pubb. dell' Istituto 1-2).

La facoltà medica di Cagliari afferma che il Gentili « *ha diretto con ogni cura l' Istituto a lui affidato in modo da riscuotere il plauso unanime della facoltà e degli studenti..... che ha provveduto in modo encomiabile al riordinamento di alcuni locali della Clinica resosi necessario dal continuo aumento delle ricoverate; che ha ottenuto brillanti successi operatori, che ha contribuito alla produzione scientifica con importanti lavori suoi e del personale di Clinica* » ed afferma infine che egli « *possiede le qualità di uomo e di scienziato che sono necessarie per dirigere nel miglior modo possibile una Clinica ostetrico-ginecologica universitaria* » (Titoli N. 30). A proposito della direzione dello Istituto di Cagliari il Prof. Sfameni dice: « *l' andamento della Clinica dopo la mia dipartita. non ha mutato aspetto e la onorevole Facoltà medica di Cagliari, come generosa si era mostrata prima con me così fu poscia con lui tributandogli intero il proprio consenso* » (Certificato Sfameni, Titoli N. 33).

Del modo come il Gentili disimpegnò il servizio della guardia ostetrica municipale annessa alla Clinica, fa fede il certificato del Municipio di Cagliari (Titoli N. 32). In esso si attesta che « *numerose furono le operazioni eseguite e pur essendosi svolte in ambienti inadatti furono sempre seguite da esito felice* e che *dimostrò sempre zelo e premura degni di ogni lode nella cura di pronto soccorso della sua specialità.* »

Per quanto riguarda le funzioni di Primario ostetrico-ginecologo dell' Ospedale Civile di Cagliari (la Clinica funziona anche da reparto interno) è detto che « *seppe dimo-*

strarsi operatore valente e fortunato e clinico scrupoloso ed attento nell'adempimento di numerose e difficili mansioni » (Certificato Presidente ospedale di Cagliari Titoli N. 31).

Per l'anno scolastico 1915-1916 fu nominato, dietro proposta unanime della facoltà medica, Direttore incaricato di Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Sassari e cessò in pari tempo dalla carica di aiuto a Cagliari (Titoli N. 36). Questo posto egli occupa tuttora e la Facoltà medica con nuove deliberazioni unanimi ne propose le conferme per gli anni scolastici 1916-1917, 1917-1918, 1918-1919, 1919-1920 sanzionate dai relativi decreti (Titoli N. 39, 40, 41, 42).

Dall'Istituto di Sassari uscirono varie pubblicazioni sia in campi già particolarmente studiati (ultimo lavoro sulla decidua, pubb. N. 26) sia in nuovi campi come: « Sulla guarigione spontanea delle fistole ureterali consecutive ad interventi operativi ginecologici » (Pubbl. N. 27); « L'ipofisi in rapporto all'aumentata diuresi ed al così detto diabete insipido della gravidanza » (Pubbl. N. 28), « Sulla trasmissione della malaria per via placentare » (Pubbl. N. 29), « Sul significato dei follicoli linfatici della mucosa uterina durante la gravidanza e fuori di essa » (Pubbl. N. 30).

Del modo con cui la facoltà di Sassari apprezzò l'opera svolta dal Gentili, oltre che le quattro conferme, fanno fede i lusinghieri attestati rilasciatigli. Il primo, del giugno 1916, (Titoli N. 37) afferma fra altro che egli « *ha compiuto il suo ufficio di insegnante e di direttore di Clinica con assiduità, diligenza ed amore; ha riordinato la Clinica ed il laboratorio che ha notevolmente arricchito, ha costituito turni anche notturni di guardia per gli allievi, facendosi dare dall'Amministrazione ospedaliera i locali occorrenti..... Ha ottenuto inoltre la costruzione, già iniziata, di due nuovi ambienti per la Clinica..... Si devono a lui un notevole aumento del movimento dell'ambulatorio e le pratiche col Municipio di Sassari per un più umano trattamento degli esposti, per l'impianto di un Brefotrofio e per l'istituzione di un servizio di guardia ostetrica permanente..... pur rimanendo solo, per il richiamo alle armi del personale assistente, è riuscito sacrificandosi personalmente a dirigere la Clinica in modo perfetto..... ed ha trovato modo di iniziare e continuare interessanti ricerche scientifiche..... Accerta infine che: come insegnante,*

come operatore, come scienziato possiede in modo superiore i requisiti necessarî per dirigere una Clinica ostetrica universitaria e riconoscendone le non comuni attitudini lo ha confermato nell'incarico, da lui, con tanta lode, tenuto. »

Il secondo certificato; del novembre 1919, (Titoli N. 46) attesta che « *il Gentili si dimostrò insegnante efficace, attivo cultore della materia, operatore di primo ordine ed organizzatore capace e pieno di iniziative* » enumera poi quanto egli fece per l'insegnamento degli studenti e delle allieve, per l'ingrandimento dell'Istituto, per il movimento delle malate, per lavori scientifici ecc. (come si dirà dettagliatamente in appresso) ed afferma che « *in complesso il Gentili si dimostrò tale insegnante e direttore d'Istituto che la Facoltà si augura che l'esito del concorso glielo possa dare come titolare.* »

L'Amministrazione Ospedaliera, d'altra parte, asserisce con un primo certificato del giugno 1916 (Titoli N. 38) che « *come primario del reparto ostetrico-ginecologico in condizioni di assistenza tutt'altro che facili raddoppiò il suo zelo tanto che il reparto funzionò egualmente con piena soddisfazione di tutti e che l'Amministrazione fu ben lieta di aver occasione, deliberando nuovi ambienti per la Clinica ostetrico-ginecologica, di attestargli quanto apprezzi l'opera sua e quanto l'aiuti nei suoi giusti desideri.* » Con un secondo certificato in data del novembre 1919 (Titoli N. 47) afferma di esser « *ben lieta di aver ora nuova occasione per poter mettere in maggior luce le sue qualità eminenti di sanitario, di filantropo, di organizzatore.* » Ed aggiunge: « *in mille circostanze la direzione sanitaria di questo nosocomio pose in rilievo quanto nei successi, veramente confortanti, del reparto, si dovesse ai metodi curativi ed operatori del Primario, al suo zelo non mai smentito, al suo sacrificio costante che non conosce disagi e fatiche* »; dopo aver lodate le varie iniziative del Gentili a vantaggio degli spuri si proclama « *soddisfatta di aver introdotto migliorie nei vecchi ambienti e di aver fornito numerosi nuovi locali (sì da raddoppiare quasi la Clinica) come si richiedeva dal continuo aumento delle ricoverate e dall'indirizzo sanitario impresso all'Istituto dal Primario del quale non ha che a lodarsi* » e termina encomiando « *la sua tempestiva azione e le opportune massime igieniche addottate* » mercè le quali fu possibile che « *periodi burrascosi di gravi e diffuse epidemie passassero senza che alcuna delle numerose ricoverate*

del reparto ne fosse colpita » e lodando « *il sommo tatto* » col quale il Gentili « *seppe sempre fondere le giuste esigenze della Clinica e dell' insegnamento, per il quale la Amministrazione lo ha lasciato largamente fruire del materiale nosocomiale, col maggior rispetto del patrimonio ospedaliero.* »

Pur durante il periodo di guerra, il Gentili ottenne, come aveva ideato poco dopo la sua assunzione alla direzione della Clinica e come persistette a volere in mezzo a gravissime difficoltà, un più umano e moderno trattamento degli esposti che venivano prima affidati, senza alcuna garanzia, a persone incompetenti. Infatti coll' interessamento del Ministero dell' Interno, della Provincia e del Comune, arrivò a far approvare un nuovo regolamento riguardante i bambini illeggittimi, nel quale oltre ad essere stabilite larghe concessioni per favorire il riconoscimento materno ed una attenta sorveglianza sull' allattamento esterno, è deliberato che sorgano, in continuazione ed alla dipendenza della Clinica ostetrica, dei locali di degenza e cura per madri e bambini illeggittimi rispettivamente nelle prime epoche dopo il parto e dopo la nascita.

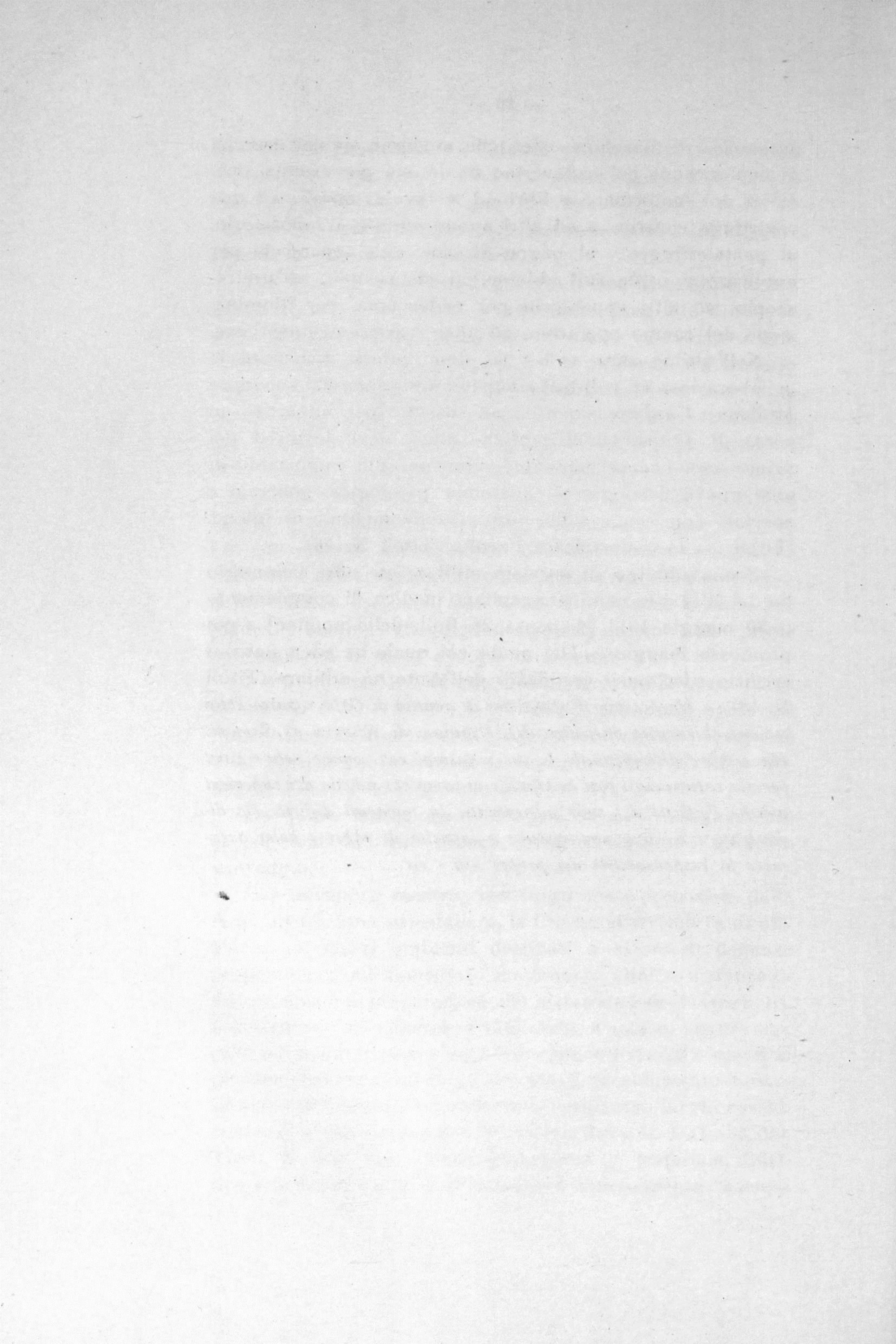
Per la costruzione ad hoc il Ministero dell' Interno elargì la somma di L. 70.000 e la Provincia pensa alle spese del funzionamento, al personale di assistenza (medico e levatrice) e ad un assegno annuo di laboratorio (Titoli N. 45 e certificati Facoltà ed Ospedale N. 46 e 47).

Da questa istituzione quindi la Clinica e l' insegnamento ai laureandi ed alle allieve levatrici risentono evidente vantaggio.

Ciò avveniva mentre, col largo aiuto concesso dalla Amministrazione ospedaliera, la Clinica si arricchiva di una diecina di nuovi ambienti destinati a saloni di degenza proporzionati all' aumentato movimento clinico, a stanze di laparatomia e di preparazione del materiale e degli operatori, a laboratorio di chimica, a biblioteca, a sala di apparecchi, cure ed esami elettrici ecc. Gli ambienti vecchi e nuovi si poterono fornire di moderno sistema di riscaldamento (termosifone) e di illuminazione (elettrica) mediante i larghi sussidi concessi a più riprese dal Ministero della P. I. (L. 33.700, Titoli N. 43). Con queste elargizioni il materiale didattico scientifico e clinico si arricchiva notevolmente: basterà

accennare: a macchine ostetriche moderne sia per esercizî di esplorazione col cadaverino fetale, sia per esercizî operatori col fantoccino, a libri ed a tavole murali, ad una centrifuga elettrica e ad altri apparecchi per il laboratorio, al pantelettrogeno, al bagno di luce, agli apparecchi per applicazioni calde sull'addome, al cistoscopio, all'uretroscopio, ad altri apparecchi per endoscopia, per illuminazione del campo operativo, ad altri svariati strumenti ecc.

Nell'ultimo anno scolastico, dopo essersi assicurata la collaborazione di colleghi competenti, ottenne dal superiore Ministero l'approvazione ed un sussidio per impartire un corso di dimostrazioni pratiche alle allieve levatrici del primo anno, concernente le cognizioni più importanti di anatomia e fisiologia, di anatomia patologica generale e speciale con cenni sulle nozioni fondamentali di igiene. (Titoli N. 44 e Certificato Facoltà, Titoli N. 46).

Senza obbligo di servizio militare, si offrì volontario fin dal 1914 e fu nominato capitano medico di complemento il 30 maggio 1914 [dispensa 28 Boll. delle nomine] e poi promosso maggiore. Del modo col quale ha adempiuto al servizio riferisce il certificato dell'Autorità militare (Titoli N. 48): « *Ha prestato l'opera sua in qualità di Capo reparto della sezione chirurgica operativa dell'Ospedale di Riserva di Sassari. Ha sempre disimpegnato le sue mansioni con sommo zelo e rara perizia cattivandosi così la stima e la completa fiducia dei superiori nonchè l'affetto dei suoi subordinati. In momenti difficili, ha dimostrato iniziativa non comune e capacità di saper e poter assumere la responsabilità dei propri atti* » *ecc.*

RIASSUNTO

DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

1. Le alterazioni istologiche del fegato prodotte da sostanze che distruggono i globuli rossi ecc. — *Vedi elenco pubblicazioni N. 1.*

Questo lavoro rappresenta la tesi di laurea del 1902 (vedi Curriculum) ed il Prof. Bonome sotto la cui guida si svolse trovò opportuno che fosse dato alle stampe. Riordinato e ridotto di proporzioni, secondo l'indirizzo del Prof. Ravenna, aiuto dell'Istituto del Bonome (il nome del quale figura come collaboratore) fu pubblicato più tardi (1904) nello « Sperimentale » con annessa una tavola di tre figure.

In queste ricerche fu studiata la patogenesi dell'ittero prodotto da sostanze che distruggono i globuli rossi (toluilendiamina, acido pirogallico, fenilidrazina) seguendo nei cani e nei conigli sistematicamente, e ad intervalli brevissimi, le modificazioni che si verificano nella struttura intima del fegato. Si potè così assurgere ad una concezione fondata sopra dati di fatto. Ha trovato intanto conferma la ipotesi del Browicz che la cellula epatica sana e normale può trasformare in bile un eccesso di materiale (emoglobina libera e prodotto di disfacimento degli eritrociti) e completamente espellerla attraverso le vie normali. Alla iniezione delle varie sostanze dissolventi gli eritrociti, segue infatti un aumento di bile entro la cellula epatica. D'altro lato le alterazioni gravi delle cellule epatiche che si istituiscono dopo parecchie iniezioni o dopo iniezioni di forti

dosi di sostanze che distruggono i globuli rossi, alterazioni che si accompagnano più o meno con itterizia, ci dimostrano che non sempre un semplice esame istologico può fornire la prova che proprio con tale meccanismo si forma l'eccesso di bile che, non trovando integre le vie di efflusso, si diffonde poi nell'organismo. La replezione e la dilatazione dei capillari sanguigni intracinosi può causare da un lato atrofia da compressione della cellula epatica e dall'altro mettere a disposizione delle cellule epatiche stesse, quando sono ancora sane e capaci di funzionare, materiale abbondante per la produzione dei pigmenti biliari. A renderci ragione delle gravi alterazioni riscontrate nelle cellule epatiche, sembra necessario ammettere una azione tossica diretta delle sostanze distruggitrici dei corpuscoli rossi sulle cellule epatiche medesime. Per spiegare la dilatazione dei capillari biliari, che fu pure constatata, si può pensare o al passaggio di bile in maggior copia che di norma o alle conseguenze dell'atrofia, del protoplasma delle cellule epatiche.

La bile formatasi prima che la cellula epatica sia giunta nella impossibilità di elaborarne di nuova, nelle gravi alterazioni della compagine epatica, può non trovar più le condizioni favorevoli alla sua normale eliminazione. Infatti lesioni nelle pareti di alcuni capillari biliari e soluzione di continuità in esse sono causa della fuoriuscita della bile dalle sue naturali vie di efflusso. La bile estravasata si trova presto a contatto dei vicini capillari sanguigni intracinosi entro i quali penetra facilmente o per soluzione di continuo o filtrando attraverso le loro pareti alterate dalla profonda stasi o anche dallo stato discrasico prodotto dall'avvelenamento. In tale modo essendosi la bile versata nella circolazione sanguigna, si produce l'itterizia.

2. Di una speciale causa di brevità relativa del funicolo in un feto gemello. — *Vedi elenco pubblicazioni N. 2.*

In questa pubblicazione, munita di una figura schematica, si illustra un caso clinico nel quale si notò un curioso aggrovigliamento del funicolo ombelicale attorno agli arti

inferiori di un feto gemello che rese relativamente breve il cordone e fu causa della mancata espulsione del feto. Il feto colpito da spina bifida teneva le estremità inferiori, che erano rigide, in un atteggiamento viziato. Questa condizione rese possibile che il funicolo, lungo più che di norma, si attorcigliasse più volte attorno agli arti in modo da diventare, nel suo tratto libero, eccessivamente breve. La illustrazione, breve, del caso, era giustificata dalla mancanza nella letteratura di consimili osservazioni.

3. Ueber das Verhalten des Eierstocksrestes bei Dermoidcysten insbesondere über das ovarielle Fettresorption. — *Vedi elenco pubblicazioni N. 3.*

La pubblicazione, frutto di ricerche eseguite a Berlino (vedi Curriculum), si occupa del destino dell'ovaio in caso che esso divenga sede di una cisti dermoide. Si tratta dell'esame di ventitrè cisti dermoidi operate dal Landau delle quali otto furono studiate con ogni cura. Le precedenti ricerche in argomento erano limitate generalmente all'esame minuto delle formazioni teratoidi, mentre avevano lasciato da parte quello delle sue vicinanze, vale a dire del puro tessuto ovarico. Il caso più semplice è l'atrofia dell'ovaio, ma si hanno di esso varie modalità di degenerazione, specialmente cistiche (cistoma semplice, multiloculare). Si studia la questione se fra cisti dermoide e cisti dell'ovaio si costituiscano comunicazioni secondarie, inoltre se ogni dermoide a foggia policistica o ramificata derivi da una simile comunicazione, infine se i resti solidi dell'ovaio possano subire influenza dal contenuto del dermoide. Lo studio dei casi fa rispondere positivamente a queste questioni.

Da rilevarsi il reperto di cellule giganti in diversi punti del rivestimento della cisti quando la formazione dermoide invade il tessuto ovarico. Così che pare verosimile di ammettere che il tessuto dermoide, pure formazione estranea al corpo della paziente, non viene avvertito come tale nel suo vero primitivo punto di origine, ma provoca reazione da corpo estraneo subito che lascia la sua base d'impianto

e cerca di penetrare nel tessuto ovarico. In questo reperto delle cellule giganti è perfettamente indifferente che l'ovaio sia normale o degenerato cisticamente. In alcuni casi si trovò che il contenuto del dermoide si immetteva nelle vie linfatiche delle vicinanze. Da ciò deriva un quadro assai tipico, macroscopicamente una specie di formazione spugnosa di dimensioni grandi o piccole, ripiena di grasso, oppure una forma speciale di tumore lipomatoide; microscopicamente il quadro di spazi e di vasi linfatici con contemporanea formazione di cellule giganti fagocitarie. Queste cellule giganti derivano dall'endotelio dei vasi linfatici eccitato dalla presenza del contenuto del dermoide che agisce da corpo estraneo.

Fu rilevato anche che si hanno combinazioni di diffusione del dermoide nella cavità cistica residua dell'ovaio e penetrazione di grasso nelle vie linfatiche. (Tavole macro e microscopiche illustrano il lavoro).

4. Sul taglio cesareo vaginale. — *Vedi elenco pubblicazioni N. 4.*

Lavoro munito di tre tavole nel testo, compilato nella clinica del Dührssen (vedi Curriculum). Dopo aver giustificata la denominazione dell'atto operativo, averne data la definizione e fissate le condizioni che lo rendono attuabile (bacino pressochè normale) se ne discute dettagliatamente la tecnica.

Si passa in rassegna tanto il metodo della incisione della parete uterina anteriore e posteriore (secondo Dührssen) quanto il metodo della sola incisione anteriore (secondo Bumm) ed infine si descrivono i tempi dell'operazione cesarea vaginale demolitrice. I diversi interventi operativi ai quali l'autore partecipò e le discussioni tenute tanto col Dührssen che col Bumm, gli diedero modo di precisare la tecnica in ogni dettaglio. Segue una disamina critica anche sulle conseguenze a distanza di questa operazione, ed infine una enumerazione delle indicazioni, sulle quali si discute esaurientemente scartandone alcune che pure spinsero vari operatori a praticare l'intervento (infezione incipiente). Infine ha luogo una breve discussione sulla priorità di

questo metodo operatorio. In una appendice sono enumerati, fissandone i dati principali, i casi di taglio cesareo vaginale noti fino al momento della pubblicazione traendone moltissimi inediti dalle statistiche personali e cliniche forniti tanto dal Dührssen quanto dal Bumm.

5. Un nodo vero del cordone ombelicale può essere causa di morte intrauterina del feto. — *Vedi pubblicazioni N. 5.*

In questo lavoro, illustrato con diciotto figure, si dà la riprova che un nodo vero del funicolo ombelicale preformato può, in speciali circostanze, stringersi entro l'utero, più che altro al momento del travaglio, e causare la morte intrauterina del feto. Ogni obbiezione è tolta con lo studio accurato e minuto del feto in tutti i suoi organi e con lo studio macro e microscopico del cordone nel punto della strettura che si mostra insuperabile anche da correnti artificiali di liquido spinto dalle arterie e dalla vena con maggior pressione che non la sanguigna. (Alcune delle figure illustrano le condizioni nei tratti di funicolo vicino ed in corrispondenza al nodo dopo la prova accennata).

Si tratta poi molto diffusamente dell'anatomia dei nodi veri sia semplici che doppi, della loro etiologia e del modo col quale essi si formano e si possono eventualmente stringere, e si correda il testo di figure che chiariscono questo concetto. Si parla infine della diagnosi e del trattamento dei nodi che possono verificarsi in uno o nei due feti delle gravidanze multiple monoamniotiche. In appendice vengono elencati i casi di nodi del cordone in gravidanze semplici o in gemellari bicorie seguiti da morte del feto.

6. Parto distocico per voluminoso linfoangioma della regione carotidea, mammaria ed ascellare del feto. — *Vedi pubblicazioni N. 6.*

In questo lavoro, munito di due tavole nel testo, sulla scorta di un voluminoso tumore cistico della parte laterale del tronco e del collo fetale che ostacolò meccanicamente

il parto normale in presentazione di podice e causò la morte del prodotto del concepimento, si passa alla classificazione di questi tumori ed alla loro etiologia. Si tratta di ematolinfoangiomi cistici di origine neoplastica (probabilmente dovuti ad inclusioni embrionarie). Una delle occasioni al proliferare di queste neoproduzioni potrebbe forse essere dato dalla sifilide, manifesta nel feto in discorso. Si combatte la teoria di Winckel che vuole far originare questi tumori da stasi vasali per stiramento e modificazione dei tessuti dovuti a briglie amniotiche.

Si passa a trattare il lato ostetrico della questione e si propone, in tutti i casi simili, la pronta vuotatura della sacca cistica per togliere l'ostacolo meccanico al parto a salvaguardia della vita fetale che è compatibile con la neoformazione descritta.

È unita alla pubblicazione una tabella nella quale sono elencati i casi simili desunti dalla letteratura coi principali dati relativi.

7. Alcoolismo e gravidanza — *Vedi pubblicazioni N. 7.*

Dei varii problemi riguardanti il rapporto fra alcoolismo dei procreatori, andamento della gravidanza, eventuali alterazioni del feto e degli annessi fetali, alcuni, al momento di questa pubblicazione, si dovevano completamente sviscerare, altri offrivano molti punti oscuri.

Nelle prove sperimentali istituite in conigli e pecore, mediante introduzione sotto cute o nelle vene di alcool diluito, si cercò di dar soluzione ad alcune di queste questioni. Così si ricercò l'influenza che l'alcool può esercitare sull'ovaio e sull'ovulo dal lato della fecondabilità, alcoolizzando femmine per mesi e mesi e dopo sospesa per qualche tempo l'introduzione della sostanza, accoppiando queste con maschi robusti perfettamente sani. Come pure fu studiato il problema delle possibilità e dell'andamento eventuale della gravidanza in femmine poste col maschio dopo essere state precedentemente alcoolizzate e nelle quali fu continuata la introduzione della sostanza per tutto il tempo di durata della gravidanza. Infine ci si fermò

a considerare i rapporti fra alcoolismo sperimentale e gravidanza già in atto. Il lavoro è accompagnato da minute tabelle.

L'introduzione di alcool determina un deperimento generale con alterazioni funzionali ed anatomiche dei principali organi (specialmente fegato e reni). Questo deperimento non è in rapporto col numero delle iniezioni praticate nell'animale, ma varia secondo la resistenza organica individuale. Le traccie indotte dall' intossicazione alcoolica possono durare per un periodo più o meno lungo anche dopo cessata la somministrazione della sostanza. Negli animali che più facilmente risorgono dalle deperite condizioni determinate in essi dall'alcoolismo più presto può compiersi la fecondazione e svolgersi una gravidanza. Quelli più deperiti rimangono infecondi per un periodo più lungo. Nei primi la gravidanza decorre fisiologicamente, ma i feti nascono deficienti nello sviluppo, poco resistenti ed in breve periscono. Le femmine intossicate prima di presentarle al maschio e alcoolizzate continuamente anche dopo, restano infeconde. Questa condizione, non esistendo gravi alterazioni negli organi generativi, deve ritenersi come conseguenza di un torpore genetico determinato dallo stato di prostrazione susseguente all'iniezione di alcool e come risultato del deperimento organico generale. Per animali della stessa specie, l' alcool determina, negli individui gravidi, fenomeni di deperimento organico e la morte più facilmente che in quelli non gravidi. Se gli animali resistono alle iniezioni di alcool, la gravidanza continua ininterrotta fino al termine. Se muoiono prima, si constata che lo sviluppo raggiunto dal feto è in rapporto con l'epoca della gestazione. Dosi anche elevate di alcool introdotto negli ultimi giorni della gestazione, non riescono ad interrompere quest' ultima prima del tempo. I nati da animali intossicati durante la gravidanza sono inferiori di peso alla norma. Questo fatto è da ascriversi, con ogni probabilità, alle conseguenze del passaggio di modiche quantità di alcool nell'organismo fetale dove produce, a tinte sbiadite, le stesse alterazioni che nell'organismo materno. Nè è lecito pensare a cause provenienti dagli annessi ovulari, dal momento che essi, privi di lesioni macro e microsco-

piche, devono lasciare immodificati gli scambi nutritizî materno-fetali.

8. Le cellule interstiziali ovariche nella intossicazione alcoolica sperimentale. — *Vedi pubblicazioni N. 11.*

Di fronte alla quasi completa integrità della zona ovigena riscontrata nelle glandole sessuali di animali sottoposti, anche per lungo tempo, alla intossicazione alcoolica (vedi precedente lavoro n. 7) riusciva interessante stabilire il destino della zona interstiziale. Per un tale campo di indagine del tutto inesplorato, si prestava la coniglia, dato lo sviluppo della glandola interstiziale di questa specie animale nel periodo di completa maturità sessuale.

In una trentina di questi animali si produsse l'intossicazione alcoolica introducendo la sostanza a soluzione debole per via ipodermica ed endovenosa. L'interesse maggiore doveva essere portato alla sostanza osmofila della quale le cellule interstiziali sono ricche, sostanza che già all'epoca delle ricerche in discorso, era ritenuta, dai più, indice di attività secretiva. Le esperienze dimostrarono che, a danno delle cellule interstiziali, si produce per lo stimolo dell'alcool un ispessimento delle trabecole connettivali che dividono i diversi gruppi di cellule interstiziali. I granuli osmofili sono diminuiti, in alcuni elementi vengono a mancare del tutto e talora sono dislocati lungi dagli elementi. La intensità di questi fenomeni va di pari passo con la durata delle esperienze. Tutto ciò però si svolge mentre la integrità anatomica delle cellule si mantiene perfetta.

La importanza di questi risultati è più che mai degna di essere rilevata ora che le sostanze lipoidi nelle glandule a secrezione interna, per consenso unanime, sono ritenute l'esponente di attività secretive specifiche. L'indebolimento che l'alcool produce in questa funzione secretiva e che si ripercuote certo anche nel ricambio generale dell'organismo, può servire alla spiegazione di qualche fenomeno proprio dell'alcoolismo.

9. Reazione di Wassermann nel sangue del cordone ombelicale, nel sangue materno e nel sangue fetale dopo la nascita, rapporto fra prova sierologica, fenomenologia clinica, parassitologia ed alterazioni anatomiche degli annessi fetali. Nota preventiva. — *Vedi pubblicazioni N. 8.*

In questa nota preventiva sono esposti sommariamente i risultati di ricerche delle quali si parla diffusamente nel lavoro definitivo (vedi N. 10). Si enumerano le ragioni e le finalità dello studio: le manifestazioni eredo-sifilitiche incominciano talora a distanza dalla nascita, le donne negano la sifilide, i dati clinici per una tale infezione mancano completamente. In questi casi ed anche in casi di sifilide paterna, la gravidanza può decorrere normalmente e gli annessi fetali ed il feto possono avere apparenza normale. Dopo otto, dieci giorni quest'ultimo viene congedato dalle cliniche ostetriche come immune da sifilide. Tuttavia dopo un certo periodo di tempo ci si imbatte nelle cliniche dermosifilopatiche, in qualcuno di questi bambini che si mostrano colpiti da forme dubbie o certe di sifilide.

Furono casi di questo genere che spinsero a ricercare se si poteva trovare nelle prove di laboratorio un sussidio a queste deficienze che la clinica praticamente dimostrava. Si imponeva, dopo quanto si è detto, anche il concorso della clinica dermosifilopatica e perciò il lavoro fu fatto in collaborazione. (Per il contributo rispettivo degli autori è detto nel Curriculum).

10. Reazione di Wassermann nel sangue del cordone ombelicale, nel sangue materno e nel sangue fetale dopo la nascita. Sua importanza nello studio della sifilide ereditaria. Rapporto fra prova sierologica, fenomenologia clinica, parassitologia ed eventuali alterazioni anatomiche degli annessi ovulari. Lavoro definitivo. — *Vedi pubblicazioni N. 10.*

È uno studio metodico, sopra un numero rilevante di donne, durante il periodo di gravidanza, di parto e di puerperio (per tutto quanto può aver rapporto alla infezione luetica) nei loro annessi ovulari, nel sangue del cordone

ombelicale, nel sangue del feto alla nascita e dopo, nel liquido cefalo-rachidiano.

La prova sierologica ha la sua grande importanza in tutti quei casi nei quali i sintomi clinici ed i risultati di esami istologici e batterioscopici sono di per sè stessi insufficienti a provare la diagnosi di sifilide in gravidanza, esclusi i casi di eclampsia e di malaria, nei quali possiamo pure avere dalla reazione di Wassermann un responso positivo. Gravidanza, parto e puerperio normali non influiscono per nulla sulla reazione stessa, mentre nei casi di infezione luetica si ha un risveglio dell'attività del virus sifilitico per il trauma del parto.

Il sangue di donne affette da sifilide florida danno la percentuale più alta di prove sierologiche positive. Il comportamento, a questo riguardo, del sangue materno e dei liquidi fetali è identico. Questa percentuale si abbassa di molto nelle donne affette da sifilide latente tanto più quanto più la infezione è antica.

Dal comportamento diverso della sierodiagnosi nel sangue materno (negativa) e nel sangue del funicolo ombelicale (positiva) e dai dati clinici, si giunge al concetto di una sifilide fetale di origine paterna. In queste circostanze la madre può essere non sifilizzata, ma non è punto accertato che essa sia immune.

Dai risultati dei metodici esami di raffronto viene a perdere forza l'idea della esistenza costante di alterazioni delle secondine e di modificazioni nel rapporto ponderale fra placenta e feto in casi di sifilide ereditaria. In questi, a meno che non si tratti di placenta macerata, il peso delle diverse parti ovulari è quasi sempre in armonico rapporto. Nè si può parlare di feti eredo-sifilitici di deficiente sviluppo ma piuttosto di ova in toto poco sviluppate. Un dato per la presunzione della infezione luetica, si può ricavare invece dal comportarsi della curva ponderale del feto nelle settimane successive alla nascita. Relativamente alle presunte stigmate istologiche caratteristiche nelle secondine di donne sifilitiche, poche volte si trovano lesioni vasali, ispessimenti delle tonache ed infiltrazione perivasale, quando non si tratti di ova morte e macerate. Mancano poi forme produttive dell'epitelio e lesioni della parte materna della

placenta. Il reperto parassitologico è positivo soltanto nella minoranza dei casi di sifilide accertata. Perciò la prova parassitologica negativa non può avere alcun valore per far escludere la sifilide. Siccome poi la morte e la macerazione fetale possono dipendere anche da cause estranee alla sifilide, in tali circostanze solo il responso sierologico positivo nel liquido cefalo-rachidiano può far parlare con sicurezza di sifilide. Le intense alterazioni cutanee in feti morti e macerati, sproporzionate al tempo decorso fra morte del feto entro l'utero e sua espulsione, possono essere favorite dalla sifilide in quanto essa è atta ad alterare il sistema cutaneo del feto già prima della sua morte (pemfigo).

(Annesse al lavoro si trovano tavole illustranti tutti i casi esaminati).

11. Polipi mucosi uterini in gravidanza e loro reazione deciduale. — *Vedi pubblicazioni N. 9.*

Questo studio rimonta al 1909; un riassunto di esso fu inviato al Congresso della Società Italiana di Ostetricia nell'ottobre di quell'anno, ma non venne letto perchè l'autore fu impossibilitato di recarsi alla riunione. Per unire al testo le tavole (in numero di cinque), la riproduzione delle quali subì lungo ritardo, fu pubblicato nei « Folia gynaecologica » in epoca posteriore. Non si credette di mutare il testo della pubblicazione per far cenno nella bibliografia di un lavoro uscito nel frattempo.

Dopo aver data la definizione di queste formazioni, aver trattato del modo col quale si costituiscono, aver passati in rassegna e criticati i casi di consimili tumori in gravidanza raccolti dalla letteratura, si passa alla descrizione minuta di un polipo mucoso uterino asportato nel decorso di una gestazione e se ne segue il comportamento degli elementi di fronte allo stimolo gravidico. La mucosa del corpo uterino, che ha la funzione precipua di accogliere l' uovo fecondato e di dargli ricetto, si prepara, appena avvenuta la fecondazione, in modo tumultuoso alla sua nuova funzione, cosicchè l'indagatore arriva col suo esame tardi. Lentamente invece reagisce allo stimolo gravidico

un polipo mucoso il quale è sospeso per un lieve peduncolo al resto del tessuto uterino su cui opera lo stimolo. Così, in questa produzione patologica, si può seguire ai primi stadî il processo di reazione deciduale, mentre nell' utero si giunge soltanto quando esso è assai progredito per cui l'assunto di stabilire l'origine delle cellule deciduali, è molto arduo.

Non si pretende di estendere integralmente le conclusioni, emerse dal caso studiato, al tramutarsi della mucosa uterina normale in decidua gravidica; quelle conclusioni dimostrano però come lo stimolo gravidico possa modificare fondamentalmente un polipo costituito, dal punto di vista anatomico, come la mucosa uterina, trasformando gli elementi dell' epitelio di rivestimento e dell' epitelio ghiandolare in altri che assumono tutti i caratteri di cellule deciduali e che si stratificano per successiva moltiplicazione.

12. Sopra rare forme di pseudocisti ematiche intracapsulari della milza simulanti cistomi ovarici — *Vedi pubblicazioni N. 12.*

I trattati di ginecologia e di chirurgia non parlano della possibilità di uno scambio diagnostico fra un cistoma dell' ovaio ed una milza ectopica trasformata in un' ampia cavità a contenuto liquido. Questa possibilità esiste invece realmente ed è dimostrata da due casi del genere, occorsi al tavolo operatorio.

Un criterio sicuro di diagnosi differenziale talvolta è ben difficile, essendo talora comuni alle due formazioni tanto i dati che si traggono dall' anamnesi quanto quelli che risultano dal più accurato esame obbiettivo. I precedenti di malaria, la coincidenza del dolore e della prominenza addominale con un trauma o con un parto, la esatta delimitazione della zona di ottusità nella sede abituale della milza, possono costituire criteri preziosi. Ma si hanno circostanze nelle quali l' errore di diagnosi si direbbe inevitabile.

Si chiarisce poi la patogenesi delle pseudocisti intracapsulari della milza: esse si dimostrano di origine quasi sempre traumatica e passano attraverso lo stadio di ema-

toma intracapsulare che si produce per rottura del parenchima splenico. Tra le cause traumatiche è bene notare il parto per gli squilibrî che esso induce nella pressione della cavità addominale e nel circolo, specialmente durante il periodo espulsivo. Come causa favorente gli effetti del trauma si può annoverare la malaria, per le modificazioni che essa produce tanto nella capsula di rivestimento quanto nel parenchima. Se il liquido dell'ematoma non si riassorbe, la reazione delle parti vicine lo circonda di una membrana protettrice di nuova formazione e così risulta la pseudocisti. Secondo lo studio di uno dei due casi, la pseudocisti può formarsi, in milze torte nel peduncolo e mortificate nel parenchima, per trapelamento siero-sanguigno od emorragico proveniente dalla parete interna della capsula fibrosa. Queste ultime pseudocisti offrono, nella maggior parte della loro superficie interna, la capsula priva di parenchima splenico e la zona isolante neoformata non si trova più fra ematoma e tessuto che lo circonda, come nel primo caso, ma subito sotto la capsula fibrosa della milza, fra essa ed il parenchima mortificato. Tutte le pseudocisti intracapsulari si distinguono dalle cisti vere della milza, tanto sierose che sanguigne, per la costituzione della loro parete, priva di epitelio; crescono di volume per trasudamento dei vasi della capsula o per la loro rottura.

L'atto operativo, una volta che l'errore di diagnosi ha spinto il ginecologo ad intervenire, dev'essere possibilmente radicale. Ma se esistono vaste aderenze, invece che alla splenectomia si può ricorrere alla marsupializzazione della sacca che può essere associata a resezione di un tratto di essa. Segue un breve riassunto dei casi noti di pseudocisti sieroematiche intracapsulari della milza, accertati dal reperto necroscopico o da quello operatorio, coi dati più interessanti inerenti a ciascun caso.

13. Nuovo contributo allo studio delle pseudocisti della milza simulanti cistomi ovarici. — *Vedi pubblicazioni N. 19.*

In questo contributo di un nuovo caso all'argomento trattato nel precedente lavoro (vedi n. 12), si ribadisce il

concetto patogenetico già esposto e quello della difficoltà della diagnosi differenziale. Emerge dai risultanti di questo studio come, anche servendoci dell'esame radioscopico, si possa essere tratti in errore, poichè il fegato ingrandito nella sua ala sinistra, schiacciato e spinto verso l'ipocondrio sinistro, può dare l'impressione che la milza sia in posizione normale, solo spinta, attraverso tutto lo spazio semilunare del Traube, a ridosso del fegato.

Si dimostra pure la fallacia delle conclusioni che si possono trarre da una puntura esplorativa e da eventuali elevazioni termiche a tipo malarico.

L'ematoma intracapsulare e la conseguente formazione pseudocistica, provenne anche in questo caso, dopo la torsione del peduncolo splenico, per trapelamento sanguigno dagli strati più profondi della capsula ancora viva, che si fece strada fra la capsula stessa ed il sottostante tessuto splenico mortificato.

Nel caso illustrato l'esito letale si ebbe per la sepsi cui era andato incontro il liquido della pseudocisti: avvenimento questo non raro data la facilità con cui nella sacca possono penetrare tanto dei germi preesistenti nella milza quanto degli altri provenienti da organi vicini (intestino). Il trombo stabilitosi poi entro i vasi del peduncolo, per stasi conseguente alla torsione, subì una colliquazione settica che a sua volta produsse una infiammazione delle pareti vasali specialmente delle vene. Si formò alla fine una trombosi ascendente della vena splenica verso il fegato. Da questo campo trombosato si staccarono emboli settici che percorsero diverse vie: attraverso la porta fino al fegato, attraverso il sistema delle cave al cuore destro ed al polmone.

Due tavole illustrano le condizioni della milza e del peduncolo.

14. Malattie infettive ed ovaio. — *Vedi pubblicazioni N. 13.*

Per il riassunto di questa pubblicazione, ci si vale testualmente di quanto il Cova riferisce in « Pathologica » (15 agosto 1912 pag. 499).

« Questa lunga monografia male si presta ad una comune recensione. L'autore divide il lavoro in due parti, studiando prima l'azione delle infezioni acute sull'ovaio, poi quella delle infezioni croniche. Nella prima parte, per quanto riguarda l'influenza, la parotite epidemica, la rosolia, la scarlattina, il morbillo, la polmonite, le artriti reumatiche, il vaiuolo, la rabbia, il colera, riferisce i risultati delle sue estese ricerche bibliografiche; pel tifo e per la difterite riporta anche esperimenti propri su animali (coniglio). Pel tifo si hanno varie serie di esperimenti: in una prima serie iniettò per via endovenosa colture di tifo uccise col calore, in quantità scarsa ma ripetutamente. In una seconda serie vennero introdotte nell'organismo, in una unica volta, quantità di coltura sufficiente ad uccidere l'animale. In una terza serie vennero somministrate colture di tifo ad animali in precedenza privati di un'ovaia. »

« Sempre le alterazioni ovariche furono evidenti e consistettero in degenerazioni dei follicoli e dell'uovo, modificazioni del contenuto di sostanza osmofila della glandola interstiziale. Le esperienze mediante inoculazione di tossina difterica furono condotte con le stesse modalità e giunsero a risultati presso a poco simili. »

« Tra le infezioni croniche l'autore prende in considerazione la tubercolosi, la lepra e la sifilide e per ciascuna di queste malattie riferisce sia i risultati dello spoglio della letteratura, sia le proprie ricerche personali. Per la tubercolosi: intossicazioni acute con tubercolina od intossicazioni lente, hanno portato allo stesso risultato. Le alterazioni dell'ovaio non sono in genere molto estese e ne sembra influenzato più che altro il tessuto connettivo che è evidentemente in attività e si notano anche fenomeni degenerativi a carico degli epiteli del follicolo ma non sono molto accentuati. »

« Interessanti le ricerche sulla lepra dal momento che questa malattia si accompagna abitualmente ad amenorrea ed a sterilità. Trattando le coniglie con una leprina, ottenne alterazioni ovariche evidenti costituite da sclerosi del connettivo e degenerazioni dei follicoli specialmente dei più giovani; la glandola interstiziale era poco modificata. »

« Per la sifilide riferisce che le coniglie direttamente inoculate (vagina, occhio) non presentavano alterazioni ovariche apprezzabili. In altri animali vennero invece iniettati estratti di fegato sifilitico e di papule sifilitiche e di sifilomi e nelle ovaie di queste coniglie fu rilevato sclerosi del connettivo (negli animali inoculati con estratti di papule e sifilomi anche infiltrazioni parvicellulari). Degenerazione dei follicoli, impoverimento della sostanza osmofila nella glandula interstiziale. »

« Conclude quindi l' autore che le malattie infettive possono alterare l'ovaio e ciò avviene per lo più in proporzione con la intensità del processo infettivo. Nelle infezioni acute si hanno in preferenza degenerazione e distruzione dei follicoli, emorragie nello stroma ovarico tanto che è opportuno pensare che certe turbe mestruali o la sterilità non altrimenti spiegabili, sieno in rapporto con lesioni ovariche provocate da malattie infettive nell'età infantile. »

« Le infezioni croniche danno luogo invece di preferenza ad un processo di sclerosi con alterazioni e distruzioni secondarie dei follicoli. Quindi anche queste malattie possono portare ad amenorrea ed a sterilità. »

Al riassunto del Cova si aggiungerà solo qualche conclusione emersa dalle esperienze. La costanza dei reperti nelle diverse malattie infettive acute induce alla convinzione che sull' ovaia agiscano sostanze tossiche elaborate dai germi delle singole malattie infettive. La convinzione è rafforzata dai risultati ottenuti in animali nei quali si introdussero tossine bacteriche (tifo, difterite), poichè le loro ovaie presentarono gli stessi caratteri delle ovaie umane alterate dalle diverse malattie infettive acute.

Anche nelle alterazioni dovute a processi infettivi cronici non si osserva nell'ovaia alcunchè di specifico (come sarebbero invece granulomi tubercolari e leprosi, gomme sifilitiche), cosicchè si può pensare che agiscano lentamente i veleni bacterici più che i germi delle diverse malattie.

15. Sulle modificazioni dell' ovaio e degli altri organi di animali inoculati con materiale leproso di diversa provenienza. — *Vedi pubblicazioni N. 16.*

Questa pubblicazione ha l' ufficio di nota preventiva. Si accenna a tentativi infruttuosi di riprodurre sperimentalmente il quadro delle modificazioni che pare esistano nei genitali di donne colpite da lepra (arresto di sviluppo delle ovaie, atrofia dell' utero, sterilità, mancanza di mestruazione) iniettando per via endovenosa i filtrati di brodocultura del bacillo di Hansen, gli estratti acquosi ed i residui bacterici. Si accenna invece ai primi e sicuri risultati ottenuti in coniglie colle iniezioni di estratti di lepromi giovani di lepra tuberosa florida tanto nelle ovaie quanto negli altri organi (argomento quest' ultimo trattato dal Serra). Nelle ovaie assistiamo, colla iniezione di leprina, a fenomeni di reazione progressiva del connettivo, anche di quello vasale e perivasale, che in via secondaria produce modificazioni regressive nella zona ovigena ed impoverimento del contenuto osmofilo delle cellule interstiziali più compresse. Si dà infine notizia (secondo le prime esperienze) delle modificazioni ovariche in coniglie nelle quali si ottiene l'attecchimento e la costituzione di un nodulo leproso nell' occhio che non sono in verità molto appariscenti e si riassumono in tendenza alla neoproduzione connettivale intorno ai vasi, in fenomeni di stasi e di distruzione, più evidenti forse che di norma, dei follicoli e delle cellule interstiziali.

16. Di alcune caratteristiche istologiche in ovaie di donna leprosa. — *Vedi pubblicazioni N. 18.*

Numerose ricerche cliniche, istologiche e bacterioscopiche hanno posto in rilievo la natura e la essenza delle modificazioni che subiscono gli organi genitali maschili di leprosi. Così si è sparsa luce sulle varie forme di impotenza che si osservano di solito in questi malati. Scarseggiano invece nello stesso campo ricerche in rapporto alla donna e le nostre cognizioni sono acquisite attraverso un

solo lavoro. Offre quindi interesse lo studio che si ha possibilità di intraprendere sopra una donna leprosa spentasi in ancor giovane età. Nel caso illustrato colpisce una precoce senilità di tutto l'apparato sessuale, conseguenza possibile della infiammazione cronica che si stabilisce intorno ai vasi e che è dovuta probabilmente al trasporto della tossina leprosa. La forte stasi che deriva da queste alterazioni locali ed anche da fatti di trofismo generale, porta ad una irritazione del connettivo che finisce col prevalere sopra tutti gli altri tessuti tanto nell'utero, quanto nella tuba come pure nell'ovaio. In quest'ultimo organo i segni di invecchiamento, come la distruzione di quasi tutti i follicoli, sono più manifesti e più dannosi perchè chiudono il ciclo sessuale muliebre. (Questi rilievi sono suffragati dalla riproduzione di quattro microfotografie). Le turbe della funzionalità sessuale anche nelle donne colte da lepra sono conseguenza quindi di modificazioni anatomo-patologiche ben definite e che abbracciano, col progredire del tempo, tutto l'apparato sessuale.

17. Ricerche sperimentali sulla resistenza del cordone ombelicale e delle pareti dei suoi vasi sanguigni con osservazioni critiche sul cosidetto parto precipitoso. — *Vedi pubblicazioni N. 14.*

In questa monografia, dopo aver differenziato il parto rapido dalla espulsione rapida del feto, si riconosce come l'uno e l'altro di questi avvenimenti possano dar luogo a conseguenze gravi per madre e feto. Ma la caduta del nato al suolo od entro una latrina non è necessariamente legata alla premessa di una rapida espulsione: infatti questo inconveniente può verificarsi anche in parti normali quando le donne ignorino o scambino, con altri, i fenomeni dello sgravio. Si dànno le ragioni della maggior frequenza di parti rapidi nelle multipare, si riferisce sulle dimensioni dei feti in questi casi e sugli eventuali dati che si ricavano dall'esame dell'apparato genitale materno, dalla condizione del cordone, dall'esistenza o meno in esso di uno strappamento e dal modo con cui quest'ultimo, al caso, si presenta. Per quanto ha riferimento al cordone, una lunga

serie di prove sperimentali rischiara molti quesiti sulla sua resistenza, a trazioni con pesi (che lo stirino improvvisamente o gradualmente, tanto lasciandolo vuoto quanto iniettandone i vasi), sulla modalità della rottura ecc. ecc.

Nella pratica forense può avvenire di dover giudicare sopra cordoni non più allo stato di freschezza, ma rimasti in differenti ambienti, e quindi si studia la resistenza ed il modo di lacerarsi di cordoni esposti per vario tempo alla influenza di agenti diversi. Alle prove accennate venivano associati accurati esami istologici dei cordoni stessi.

Molte e non prive di interesse sono le conclusioni di queste ricerche. Di esse si ricordano le seguenti: il peso necessario a spezzare il cordone fresco e vuoto di feti maturi, con trazioni graduali, risulta sempre superiore al peso del feto corrispondente: la maggior resistenza s'incontra nei cordoni dove maggiore è lo sviluppo di sostanza elastica attorno ai vasi. Nei cordoni appartenenti a feti prematuri o malati, nei quali minore è lo sviluppo delle fibre elastiche, si ha una resistenza molto minore. I cordoni freschi, appartenenti a feti maturi, con vasi iniettati (vale a dire riportati in condizioni assai vicine alla normalità) sopportano talora senza spezzarsi un peso superiore al feto corrispondente, ma talora cedono a pesi inferiori. Quest'ultimo avvenimento è costante nei funicoli iniettati di feti prematuri. Riportandoci alla clinica si deve quindi concludere per la possibilità che talvolta il feto traendo, anche lentamente, il cordone possa col solo proprio peso spezzarlo, e precipitare.

Il cordone si lacera indifferentemente nei vari punti della propria lunghezza; quindi se in natura predomina la lacerazione in corrispondenza del terzo fetale devono quivi verificarsi dei momenti estrinseci al cordone stesso. Il cordone si interrompe per gradi: guaina esterna, gelatina, vena, arterie; qualche volta la vena resiste più del resto. Questa modalità di spezzarsi spiega la mancanza di emorragie dal tralcio nei casi di rottura spontanea, anche se il feto non respira bene. Il peso necessario a spezzare il cordone di feti maturi e prematuri in condizioni tanto di pienezza che di vuotezza con trazioni improvvise, è sempre molto inferiore a quello del feto corrispondente. In pratica

però bisogna pensare a molte condizioni che attenuano gli effetti della trazione improvvisa

Anche in seguito a trazioni improvvise il cordone si spezza con superficie di sezione assai irregolare e nel tratto più vicino all'applicazione del grave, sia questo tratto rappresentato dall'estremo placentare sia dall'estremo fetale del cordone.

La resistenza alle trazioni lente diminuisce nei cordoni esposti all'aria nelle prime 72 ore, aumenta poi di pari passo con l'essicamento del cordone. Inversamente avviene per le trazioni improvvise. In cordoni lasciati in acqua, la resistenza alle trazioni lente o brusche, segue una curva discendente inversamente proporzionale al tempo della permanenza del cordone nell'acqua.

L'ultimo capitolo del lavoro è dedicato alle prove sulla resistenza delle pareti dei vasi sanguigni del cordone. Da esse, riportandoci alla clinica, si può concludere che se la pressione sanguigna normale riesce a vincere la resistenza delle pareti dei vasi del cordone, tanto in parti a termine che in parti prematuri, deve esistere in qualche punto delle pareti stesse una grave alterazione.

18. Di una causa tossica poco nota di gastro-enterite necrotico emorragica. — *Vedi pubblicazioni N. 16.*

Le ricerche sperimentali delle quali si riferisce, ebbero origine da una osservazione clinico-anatomica (per cui la collaborazione dell'anatomo-patologo). Una operata di ovariectomia destra, nella quale si eseguì la disinfezione cutanea e qualche altra medicatura esterna con tintura di iodio, ebbe fenomeni gravi di intossicazione generale e di irritazione intestinale dopo somministrazione di calomelano e venne a morte al principio del settimo giorno dopo l'operazione. Alla necroscopia, mentre la cicatrizzazione dei tessuti lesi si mostrava regolare e nessun segno si palesava di peritonite, si riscontravano invece gravi lesioni da parte dell'intestino, vale a dire enterite necrotico-emorragica di tutto il digiuno e dell'ileo, confermata dall'esame istologico. Esclusa una forma infettiva, si pensò a lesioni

tossiche prodotte dal calomelano; ora siccome l'esame del calomelano usato fece escludere che fossero in esso contenuti composti solubili di mercurio, si venne all'ipotesi che la enterite derivasse da combinazione fra calomelano ingerito e iodio assorbito per la cute. Numerose ricerche sui cani, nell'organismo dei quali si faceva penetrare l'iodio per diverse vie (cutanea e sottocutanea) e poi calomelano per via digerente, confermarono le presupposizioni teoriche, poichè posero in luce la esistenza di gastrite ed entero-colite necrotico-emorragica, per lo più mortale. Prove di controllo con le due sostanze separate diedero risultato negativo.

Per la formazione del prodotto tossico si arriva a concludere che l'iodio pervenuto in circolo, combinandosi alle sostanze alcaline del sangue, dia origine a iodato e ioduro di sodio e che sotto questa forma venga eliminato dal rene e dal tubo digerente. Se in questo si trova calomelano, i due prodotti reagiscono fra loro dando origine forse ad un composto di mercurio solubile e certamente ad un composto di mercurio (ioduro mercuroso) il quale, sebbene per sè stesso insolubile, si discioglie nell'ioduro di sodio che continua a venir eliminato dalla mucosa digestiva, intossicando l'organismo ed agendo localmente da forte caustico.

Il lavoro ha certo praticamente l'importanza di richiamare una volta di più l'attenzione sulla incompatibilità fra iodio e calomelano, anche dato per via interna, mentre l'uso delle due sostanze è diffuso anche nel nostro campo ginecologico.

19 La clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari nel quinquennio 1908-1913. — *Vedi pubblicazioni N. 21.*

Questa pubblicazione serve ad illustrare i metodi operativi seguiti nella clinica di Cagliari quando l'autore vi era addetto come aiuto, gli esiti loro, i progressi ottenuti nel movimento delle malate ecc. ecc. In questa rassegna si trova un capitolo abbastanza esteso ed ampiamente discusso sopra la cura e la guarigione di numerosi casi di fistole vescico-vaginali, un altro sopra le facili anemie ad andamento grave durante la gravidanza in soggetti in preda

a malaria cronica, un altro sui vantaggi della via vaginale nella demolizione dei tumori benigni dell' utero privi di estese aderenze e la relativa tecnica operatoria ecc. ecc.

20. La decidua considerata come glandola endocrina. — *Vedi pubblicazioni N. 17.*

Seguendo il concetto dello Sfameni sopra un' azione della decidua paragonabile a quella del corpo luteo e di altre glandole a secrezione interna, si enumerano le ragioni che stanno in appoggio di tali vedute e si espone il piano delle ricerche biologiche atte a confermare o ad infirmare queste concezioni, consci di tutte le gravi difficoltà che presentano studi di simile genere. Del resto affrontando un problema così arduo confortava il pensiero che, anche riguardo alla secrezione interna del corpo luteo, Born ed altri basarono da prima le loro convinzioni più di tutto sul comportamento morfologico del tessuto di questo organo. Lo stesso criterio poteva valere per la decidua; d' altra parte l' essere essa una produzione temporanea e dipendente da una particolare condizione dell' organismo, non urtava contro il concetto di una sua eventuale secrezione interna. Di ciò si offrono molte prove di raffronto.

Premesse alcune considerazioni sulla decidua di varie specie animali e sul materiale prescelto (caruncole dalle semiplacente multiple dei ruminanti, strato deciduale dall' utero di cagna, decidua serotina dall' utero di coniglia e cavia, decidua da tutta la parete interna muscolare dell' utero di donna ottenuto, da taglio cesareo demolitore), si dànno particolari sulla preparazione degli estratti e sulla serie e modalità delle esperienze per la decidua e di controllo per altri organi (corpo luteo, parete muscolare uterina, placenta).

Dall' insieme delle ricerche si ricavano dei dati non privi di interesse: gli estratti acquosi deciduali di vacca, di cagna e di donna, sono altamente tossici iniettati a piccole dosi nel torrente circolatorio di animali da esperimento (conigli). Sono pure tossici, ma a dose più elevata, per conigli e per cavie gli estratti acquosi deciduali di coniglia e di cavia. La fenomenologia determinata negli animali è paragonabile

a quella sindrome che si ottiene dall'iniezione endovenosa di estratto di organo dotato o meno di una secrezione interna. Gli estratti acquosi deciduali, a differenza degli altri estratti organici, si mostrano però più tossici per animali di specie diversa. Il reperto anatomo-patologico degli animali morti per iniezione di estratti deciduali, richiama quello offerto dagli animali morti per iniezione di estratti di altri organi (trombosi dei vasi polmonari). Così pure è eguale, di fronte agli uni e agli altri estratti, il comportamento degli animali a dosi subentranti (aumento di resistenza) e ad iniezioni di estratti che rimasero a contatto con siero di sangue della stessa specie animale per un certo tempo ed alla temperatura di 37° (indifferenza dell'animale). Tutti questi fatti autorizzano ad ammettere nella decidua, in comune a vari altri organi, la esistenza di una sostanza che favorisce la coagulazione del sangue intra-vitam. Alcune peculiarità sui ricordati effetti dell'estratto di decidua si avvicinano assai a quanto si verifica per estratti di organi dotati di potere di secrezione interna.

Gli estratti deciduali, indipendentemente dal loro potere tossico, hanno una costante e caratteristica influenza sulla pressione sanguigna, provocando di questa un rapido abbassamento. Essi indeboliscono l'onda sistolica e producono turbe nel ritmo cardiaco e respiratorio. Bastano dosi piccole, non tossiche affatto per l'animale, per provocare questi fenomeni. Tanto le iniezioni precedenti, quanto le miscele dell'estratto con siero di sangue, lasciano immodificato il potere dell'estratto deciduale. Fenomeni simili, ma in grado meno manifesto, sono provocati solo da iniezioni di estratto di corpo luteo. (Numerose grafiche sono riprodotte a riprova di quanto si espone).

Il carattere quindi della decidua come organo secretivo emerge da queste ultime proprietà, poichè sono esclusive di essa e di qualche altra ghiandola endocrina, indipendenti affatto da quel potere tossico generale comune a tanti estratti organici. Anche sul cuore di rana si manifestano, per l'estratto deciduale, proprietà simili all'estratto di corpo luteo.

21. La caduque considerée come glande endocrine. — *Vedi pubblicazioni N. 23.*

È una esposizione dei principali argomenti trattati nel precedente lavoro (20) e delle relative conclusioni. Sono unite grafiche illustrative degli effetti dell'estratto deciduale sulla pressione e grafiche di prove di controllo.

22. Ueber die innere Sekretion der Decidua im Hinblick auf die Arbeit von J. Schottländer: Zur Theorie der Abderhalden'schen Schwangerschaftsreaktion. — *Vedi pubblicazioni N. 20 e 20a.*

Schottländer nel numero 12 del Zentralblatt für Gynäkologie del 1914 espone il pensiero che sulla reazione di Abderhalden abbia influenza anche la decidua. Egli basa questa sua teoria attribuendo alla decidua un potere di secrezione interna. Ma resta alquanto perplesso nelle sue affermazioni perchè gli manca ogni prova di ciò. Conveniva ricordare adunque, come si fa con questa nota, quanto si era pubblicato fra noi in argomento e rivendicare agli studiosi italiani il merito di aver dimostrato che la decidua è organo endocrino. Si annunzia poi che sono in corso ulteriori ricerche per stabilire con mezzi isto-chimici il comportarsi delle cellule deciduali per quanto riguarda i lipoidi, e si parla di studi iniziati allo scopo di stabilire quanto, nella formazione dei fermenti protettivi in gravidanza, spetta alla parte fetale della placenta, quanto eventualmente alla parte materna e decidua, quanto infine al corpo luteo.

23. L'albumina deciduale e la reazione di Abderhalden per la diagnosi di gravidanza di varie specie animali. — *Vedi pubblicazioni N. 24.*

Questa monografia porta un contributo di ricerche notevoli in appoggio del concetto di mancanza di specificità per la gravidanza nella reazione di Abderhalden. E non ha tanto lo scopo di insistere su questo fatto sul quale in seguito tutti convennero, quanto di spiegare invece la causa

di molti casi di reazioni positive in donne all'infuori dello stato di maternità. Gli esperimenti intrapresi in quest'ordine di idee portarono poi a conclusioni che non paiono prive di interesse anche sulla questione se al posto di organi umani (almeno per quanto si riferisce alla placenta) possano venire utilizzati, nelle ricerche con siero umano, i corrispondenti organi animali.

Si riconosce allo Schottländer il merito di aver posta innanzi la concezione teorica che alla decidua sia da ascriversi una parte importante nella formazione di fermenti protettivi nel sangue che rendono possibile la trasformazione di proteine placentari. Stabilito il concetto che i fermenti protettivi distruggono solo quel substrato che ha provocato la formazione di essi, appariva evidente che se la decidua entrasse in parte od in tutto nella formazione dei fermenti protettivi della gravidanza, questo tessuto doveva venir digerito da siero di animali gravidi.

Si ricordano molte prove a questo riguardo raccolte dalla letteratura (senza però che si fosse intuita l'importanza loro e senza che si fossero date convenienti interpretazioni ai risultati) tanto riferibilmente ad animali, quanto alla donna nel periodo premestruale. Si riferisce sul materiale scelto per le ricerche (decidua extraplacentare della donna e placenta corrispondente per controllo, caruncola e cotiledone di placentomi nelle placente di vacca e di pecora, placenta e decidua subplacentare rispettivamente di cagna e coniglia, corpo luteo di vacca e di pecora e ovaia di coniglia gravida). Si parla dell'ordine delle esperienze in animali e nella donna e della tecnica seguita per la preparazione del substrato, per i dializzatori, per il siero, per il metodo della dialisi e per la lettura dei risultati.

Le conclusioni portano al concetto che le sostanze che nel siero di sangue della donna e di animali gravidi concorrono alla formazione dei fermenti capaci di distruggere proteine placentari, provengono tanto dalla parte materna quanto dalla parte fetale della placenta, e che alla decidua sono esclusivamente dovuti quelli che circolano nel siero di sangue di donne nel periodo premestruale. Portano esse conclusioni a dover rigettare invece il pensiero che esistano fermenti di provenienza ovarica in casi di scissione di al-

bumina placentare all' infuori e durante la gravidanza, mentre invece i fermenti che continuano a scindere albumina placentare nel puerperio sono da porsi in diretto rapporto con l' attività della decidua che ancora rimane adesa all' utero dopo il parto. Scompaiono quando si è riformata la mucosa che ha perduto i caratteri deciduali della vecchia.

Quindi, dal modo di comportarsi del siero di sangue di una donna di fronte ad albumina placentare, riesce di stabilire se esiste o meno del tessuto deciduale o del tessuto dei villi che sia in ricambio con l' organismo della donna.

Da queste ricerche inoltre appare oramai indubitato che, per quanto riguarda la dimostrazione di fermenti protettivi nel siero di sangue di donne gravide, si possono adoperare, con lo stesso successo dei substrati umani, anche substrati di altri animali e tanto la parte materna quanto la parte fetale della placenta.

24. Indagini isto-chimiche riguardanti la funzione della decidua. — *Vedi pubblicazioni N. 25.*

Questa pubblicazione porta un altro contributo al concetto che la decidua sia da considerarsi organo endocrino. Si espone una generale rassegna dell' ufficio e dell' importanza delle sostanze lipoidi nei fenomeni vitali, una definizione ed una classificazione loro e si parla lungamente dei rapporti fra lipoidi e secrezioni interne.

Le ricerche isto-chimiche e micro-chimiche intraprese nella decidua tendono a localizzare nei diversi punti del protoplasma cellulare le deposizioni tipiche di sostanze lipoidi ed a raggrupparle con una certa approssimazione. Premesso uno sguardo storico sulle ricerche di grassi e lipoidi deciduali, si dà relazione del materiale scelto per le ricerche (decidua umana dai primi tempi fino alla fine di gestazione, e decidua di vacca) e dei metodi usati per dar rilievo ai lipoidi, senza tralasciare una rassegna critica di tutti gli altri diversi metodi. Illustrata da numerose micro-fotografie, segue la descrizione istologica della distribuzione lipoidea nella decidua umana e nella decidua di vacca, la classificazioue delle varie specie di lipoidi riscon-

trate nelle cellule deciduali, il raffronto coi risultati degli altri autori, la rassegna del contenuto lipoideo della decidua in casi patologici, il raffronto tra gli effetti della secrezione lipoidea della decidua e quelli del villo placentare.

Da queste ricerche emerge che le cellule deciduali possiedono come funzione essenziale la elaborazione di sostanze lipoidi appartenenti al gruppo dei fosfatidi, dei cerebrosidi, delle colesterine. Questa funzione si accentua nella compatta e principalmente nel protoplasma delle cellule epiteliali, con predominio dei composti colesterinici (glandole ed epitelio che circoscrive la cavità uterina) nelle prime epoche della gravidanza, non mancando però anche in quello delle altre vere cellule deciduali con predominio di composti lecitinici. Nell' ulteriore decorso della gestazione sono questi ultimi elementi che divengono più carichi di lipoidi, diminuisce solo alquanto il loro contenuto verso la fine di gestazione, specialmente in tutta la porzione extra-placentare. In condizioni speciali di stimoli tossici od infettivi, le cellule deciduali aumentano la loro funzione essenziale ed elaborano sostanze lipoidi in maggior copia, e specialmente composti della colesterina. Per la placenta di vacca si è assodato che le cellule dell' epitelio uterino, trasformatesi in cellule deciduali, possiedono dall' inizio della gravidanza fino al termine di essa, la funzione essenziale di elaborare sostanze lipoidi.

Nella mucosa uterina umana non s' incontra produzione di lipoidi all' infuori della gravidanza e del premestruo. La funzione lipoidea è in correlazione netta e precisa colla vitalità cellulare. Là dove l' elemento regredisce o manca la produzione lipoidea o si passa talora a processi di vera degenerazione grassa. Questo fatto s' incontra in cellule degli elementi glandolari a gravidanza inoltrata e in elementi deciduali della zona placentare in fine di gestazione.

La disposizione dei lipoidi entro il protoplasma e la presenza di granuli di queste sostanze entro gli spazi intercellulari attorno e dentro i vasi, indica la via di eliminazione seguita dai lipoidi stessi. Ciò caratterizza una funzione endocrina.

Pare che anche gli endoteli vasali della decidua possano, durante la gestazione, trasformarsi talora in cellule a spiccato metabolismo lipoideo.

25. I lipoidi della decidua (ricerche chimiche e biologiche). — *Vedi pubblicazioni N. 26.*

Già nel precedente lavoro (24) si annunziava di aver intrapreso « ricerche unicamente chimiche sulla decidua, con la collaborazione di un valente chimico che si occupava della tecnica di estrazione, tendenti ad isolare dalla decidua i diversi gruppi di lipoidi, ad individualizzarli, a valutarne le percentuali, a saggiarne infine il potere biologico. » Ora si espongono i risultati assai confortanti di quest'ultima serie di prove, nelle quali, estratti dalla decidua lipoidi selezionati e purificati, si passò con essi a ricerche biologiche.

Si premette un concetto proprio sulla classificazîone chimica delle sostanze lipoidi, vale a dire che la parola lipoide si debba solo applicare a tutte quelle sostanze che per caratteri fisici ed organolettici, per struttura molecolare o per speciali comportamenti chimici presentano analogia coi grassi propriamente detti. Per cui al gruppo dei lipoidi ben si possono ascrivere le combinazioni eteree della colesterina, quelle dell'acido fosfoglicerico azotate o no, la stessa colesterina, certi prodotti di transizione, di eliminazione o di alterazione dei lipoidi stessi, quali i saponi e certi principî cromatici che presentano le principali caratteristiche della cosidetta luteina ed in genere tutte quelle altre combinazioni che sono capaci di dare glicerina con la saponificazione. Dai lipoidi propriamente detti si debbono quindi escludere i grassi neutri o trigliceridi degli acidi oleico, palmitico, stearico ecc. gli acidi grassi saturi e non saturi, i gliceridi misti e quelli non saturi, dovendo essi invece costituire un gruppo di sostanze a sè, data la loro costituzione chimica ormai completamente definita ed accertata.

Si parla del materiale per le ricerche, consistente nelle caruncole placentari della vacca, isolate e liberate completamente dal villo fetale, e della tecnica di estrazione dei lipoidi che da prima si fece seguendo il metodo Iscovesco e poi il metodo Binaghi. Con questo ultimo, per arrivare ad una più facile e rapida estrazione, si ottiene la polverizzazione finissima dell'organo mescolandolo ed impastan-

dolo intimamente con cemento a pronta presa. Tosto la massa esposta all'aria si indurisce e si dissecca completamente, ancor meglio avviene questo sotto l'effetto di un ventilatore elettrico.

L'esame chimico diretto a separare i lipoidi della decidua di vacca ha dimostrato che questo organo è ricco di sostanze lipoidee e di grassi comuni. Le sostanze lipoidi sono rappresentate da un fosfatide, più particolarmente, secondo la classificazione del Fränkel, da un triamidomonofosfatide della formula grezza C_{92} H_{131} S_3 Po_{42} estraibile facilmente con alcool etilico (a 95°) a 40-50 C. ed insolubile in acetone anidro, da colesterina libera e da colesterina oleo-palmitica la quale presenta i caratteri (anche spettroscopici come risulta da una tavola annessa al lavoro) della cosidetta luteina dell'uovo.

La sostanza che più interessa per lo studio delle eventuali sue proprietà è il fosfatide che vien chiamato « deciduina o caducina. » Un centigrammo di questa sostanza viene unito, in fiale sterili, a un cc. di olio di oliva e iniettato per via endoperitoneale in cavie, coniglie e cagne e per via endomuscolare nella donna. Le ricerche si fanno all'infuori dello stato di gravidanza, durante la gravidanza e, trascorsa questa, nel puerperio.

Negli animali trattati (la dose introdotta è pari ad un cgr. per Kgr. in peso di animale), il lipoide esercita una duplice azione, quella di inibizione verso le ovaie, circoscritta specialmente alla zona ovigena, verso l'utero e le trombe e quella di eccitazione sulla glandola mammaria e sulla capsula surrenale (parte corticale). Per la azione sulla mammella il fosfatide influisce tanto sulla fase accrescitiva quanto su quella secretiva dell'organo e ciò non solo negli animali ma anche nella donna.

Si discute a lungo, servendoci anche di dati raccolti da altri autori (specialmente concernenti le modificazioni di alcune glandole endocrine nel periodo gravidico e dei loro rapporti reciproci) sul meccanismo di produzione di questi fenomeni. È giustificato il pensiero che nella specie umana il lipoide attivo prenda parte alle modificazioni mammarie del breve ciclo mestruale e del grande ciclo della gravidanza e del puerperio ed abbia diretto rapporto con

la funzionalità mammaria del neonato. Si oppongono probabilmente all'azione di questo ormone principî speciali secreti dall'ovaio, sia durante la gravidanza che all'infuori di essa. Durante la gravidanza a questi principî ovarici potrebbero aggiungersi anche ormoni di provenienza ovulare che avrebbero lo stesso effetto antagonistico. Il lipoide deciduale in condizioni normali pare agisca più specialmente dopo lo sgravio, ed allora soltanto si svolge nella sua pienezza la vera fase secretiva mammaria, forse perchè durante il travaglio di parto e nella prima epoca di puerperio esso trova condizioni propizie per passare in copia nell'organismo materno, forse anche perchè sono allontanati o sono in regresso gli ormoni antagonistici. L'azione del lipoide deciduale si ripercuote, con tutta verosomiglianza, sulle cellule della mammella destinate alla secrezione interna: questa secrezione interna una volta attivata resta autonoma fino a che le condizioni della mammella (allattamento e quindi mancato ristagno di secreti, mancata compressione) permettono la vitalità delle cellule in parola e si ripercuote sulla funzionalità esterna della mammella da una parte e dall'altra agisce sullo strato corticale del surrene in senso acceleratore, e sulle altre parti del sistema genitale (specialmente sull'ovaio) in senso arrestatore. In casi di mancato allattamento, per condizioni poco propizie alla vitalità delle cellule endocrine della mammella, viene a mancare pure la ripercussione sul surrene e sull'ovaio. Allora artificialmente con la introduzione prolungata di lipoide attivo deciduale, si ritorna al quadro che si ha fisiologicamente nella mammella ed in alcune glandole endocrine (ovaio, surrene) durante l'allattamento. Un insieme di modificazioni simili, per quanto meno intense, si ha anche quando l'introduzione prolungata di lipoide deciduale si pratica in animali vergini o lontani dal periodo del parto. Nella donna, in queste ultime condizioni, si riproduce perfettamente il quadro delle modificazioni mammarie mestruali, giungendo anzi fino ad una vera secrezione lattea.

D'altra parte contenendo la decidua, come è dimostrato da queste ricerche, altri lipoidi chimicamente ben definiti, (colesterina libera e colesterina combinata = luteina) che formano pure la parte componente attiva (secondo alcuni)

dell' ovaio e del corpo luteo, è possibile che fra i poteri della decidua alcuni ve ne siano di paragonabili a quelli dell' ovaio e del corpo luteo, ferme sempre restando le speciali e ben stabilite attività proprie del triamido-mono-fosfatide.

26. Aborti ripetuti per echinococco del rene. — *Vedi pubblicazioni N. 22.*

Premessi alcuni ricordi sull' echinococco del rene, sulla sua frequenza, sulla via percorsa dal parassita per giungere all' organo, sull' esito cui può dar luogo questa localizzazione e sui dati che più facilmente possono guidare alla diagnosi, si riferisce di un caso clinico nel quale la fenomenologia dolorifica cagionata dallo svuotarsi delle cisti dal bacinetto nella vescica, è accompagnata da ripetuti aborti.

Si tratta poi del meccanismo di espulsione delle cisti figlie a traverso l' uretere, poichè si ebbe la favorevole contingenza di poter seguire con l' esame cistoscopico diretto le modalità mediante le quali si allarga l' orificio ureterico in vescica per lasciarle fuoriuscire. Esse proseguono innanzi nella porzione più bassa dell' uretere spinte da un vero e proprio meccanismo di contrazione. Così è da supporsi avvenga nella parte più alta del canale, per cui le cisti proseguirebbero per tutto il percorso ureterico spinte da attive contrazioni peristaltiche della muscolatura di cui è provvisto questo dotto. La fenomenologia dolorosa poi si ridesta nuovamente in un secondo tempo quando gruppi di cisti con l' urina devono uscire attraverso l' uretra che per tal modo viene forzata a dilatarsi.

27. Sulla guarigione spontanea delle fistole ureterali consecutive ad interventi ginecologici. — *Vedi pubblicazioni N. 27.*

L' idea che le fistole dell' uretere consecutive ad interventi ginecologici guariscano da sè con frequenza è caduta, specialmente dopo che è stato dimostrato come in molti di questi casi di presunte fistole ureteriche si trattasse invece

di fistole dei condotti di Malpighi-Gartner. Dal lato della prognosi e della condotta da tenersi, è di grande valore quindi poterle con sicurezza distinguere. Nella presente monografia si illustra un caso clinico di fistola ureterica consecutiva ad intervento ginecologico (isteromiomectomia subtotale ed annessiectomia bilaterale per via addominale in donna affetta da fibroma dell' utero a sviluppo in gran parte intralegamentario, e da cisti paraovarica sviluppatasi nello spessore del legamento largo di destra e periovaro-salpingite sinistra). Dai particolari del caso si desumono dei dati sui quali basarci per un giudizio di diagnosi differenziale, dati che certo passano in seconda linea quando si possa e voglia ricorrere all' esame sicuro che può fornire il cateterismo ureterico (come si ebbe opportunità di fare nel caso citato). Questi dati si ricavano dai caratteri delle secrezioni provenienti rispettivamente dalla vescica e dalla vagina e dalla ripetuta sistematica ricerca di sostanze somministrate per bocca o per iniezione sotto cute. Se esistono divarii molto marcati per quantità e per composizione dei due liquidi non si può più pensare a secrezioni fornite dai due reni integri o poco alterati. Si passa poi alla discussione sulla patogenesi della fistola e sul meccanismo di guarigione spontanea, guarigione che si deve intendere come ricanalizzazione completa e non mai come obliterazione e cessazione di funzione da parte dell' uretere.

In queste guarigioni spontanee è lecito sperare quando la usura dell' uretere sia limitata, quando cioè la fistola sia derivata da mortificazione di un punto circoscritto del canale (vuoi per distacchi di tumori decorrenti nella sua intimità, vuoi per puntura di aghi da sutura ecc.); altrimenti si dovrà pensare quando si tratta di gravi lesioni totali fatte con strumenti taglienti o di estese mortificazioni dovute a compressioni da drenaggi di garza. L' epoca di insorgenza di queste fistole (che possono anche in un primo tempo manifestarsi come raccolte periureteriche senza comunicazione con l' esterno) subito dopo l' intervento in caso di lesioni totali, o alla fine della seconda settimana se causate da mortificazione ureterale circoscritta, da un lato e la presenza o meno di drenaggi, darà modo di valutare la genesi loro. Nel caso di fistole dei condotti di Malpighi-

Gartner, si deve fare attendere alla paziente con calma e sicura fiducia la cessazione dell'incomodo; ma anche in caso di fistola ureterale, qualora non si abbiano fenomeni allarmanti di compromissione renale o di infiltrazione urinosa ed esistano dei dati per ammettere una fistola non estesa, si può vigilmente attendere la guarigione spontanea. Questa condotta sarà da raccomandarsi sopratutto se si sia constatato, con cateterismo ureterale, la pervietà del tratto ureterale decorrente fra punto leso e vescica. Se il catetere poi passa dal moncone ureterale periferico al centrale attraverso la soluzione di continuo, la introduzione della sonda a permanenza può favorire il processo di riparazione. Questo trattamento sarà però possibile solo quando si escluda l'esistenza di un focolaio infiammatorio in atto nel punto della fistola. Avvenuta la guarigione spontanea, un mezzo per mantenerla definitiva è quello di ricorrere al cateterismo dell'uretere praticato ad intervalli. Forzando, ogni tanto, il punto dove risiede la cicatrice, se ne impedisce il restringimento che coll'andare del tempo avesse tendenza ad instaurarsi.

28. L'ipofisi in rapporto all'aumentata diuresi ed al cosidetto diabete insipido della gravidanza. — *Vedi pubblicazioni N. 28.*

Premesse le principali generalità sull'aumentata diuresi in gravidanza, pur compatibili con lo stato di perfetto benessere, sugli stati morbosi che si associano ad aumentata diuresi a bassa densità e polidipsia (diabete insipido), sull'accentuazione in gravidanza di poliurie preesistenti, sulla lieve glicosuria quasi fisiologica nelle ultime settimane che precedono il parto, ed infine sui rapporti che intercedono fra diabete insipido e diabete mellito in gestazione, si passa alla illustrazione ed alla discussione di un caso clinico nel quale esisteva una stretta concatenazione fra stato gravidico ed una fenomenologia morbosa nella quale predominavano fenomeni del cosidetto diabete insipido e della osteomalacia.

Dall'ampia trattazione di questo argomento risulta che la forma del cosidetto diabete insipido in gravidanza ha la sua

origine in perturbamenti funzionali residenti specialmente nell' ipofisi.

Come la clinica ha già messo in rapporto diretto od indiretto i fenomeni del diabete insipido fuori della gravidanza con alterazioni dell' ipofisi, così è ragionevole riguardare le forme del diabete insipido manifestantisi in gravidanza e dileguantisi col parto, come dovute ad una esagerazione delle ben note modificazioni anatomiche e più funzionali della glandola nello stato di maternità. La ipofisi durante la gravidanza ed anche nel periodo premestruale, seguendo una adattabilità funzionale grandissima, trasforma cellule indifferenziate del proprio lobo anteriore in elementi ben differenziati. Ciò risponde forse al bisogno di nuovi ormoni per far fronte alle mutate condizioni dell' organismo.

Ma con ciò si modificano forse i rapporti endocrini con le altre porzioni dell' ipofisi che poco risentono della gravidanza e che hanno azione antagonistica e con le altre glandole dello stesso gruppo (tessuto cromaffine, tiroide). La insufficienza relativa del lobo posteriore ipofisario, quasi fisiologica della gravidanza e del premestruo, porta alla modificazione della composizione dell' urina (maggiore quantità, più bassa concentrazione) durante questi periodi, e si fa più marcata nelle ultime epoche di gestazione e in donne pluripare per ragioni che vengono esposte.

Se questa insufficienza è accentuata per modificazioni forse preesistenti nell' ipofisi, per precedenti alterazioni nei rapporti endocrini (esempio tipico nel caso illustrato) può aversi, durante la gravidanza, una vera forma di diabete insipido che cesserà dopo il parto e che potrà far capolino a tinte sbiadite ad ogni ricorrenza mensile. Allo stesso modo si spiega l' accentuazione in gravidanza di stati di poliuria preesistenti ed il ritorno nel puerperio alle condizioni precedenti.

E venendo così ad essere illustrata la causa di queste poliurie a bassa concentrazione accompagnate da polidipsia (veri diabeti insipidi) insorgenti in gravidanza e cessanti dopo lo sgravio, appare giustificato di toglierle dal gruppo delle forme idiopatiche ed indicarle col nome di « poliurie, diabeti insipidi da gravidanza ».

29. Sulla trasmissione della malaria per via placentare. — *Vedi pubblicazioni N. 28.*

La trattazione di questo argomento, si fonda sopra lo studio accurato di un caso clinico, sopra la osservazione ed esame di molti feti provenienti da donne malariche, e sullo studio della letteratura in argomento.

Esclusa ogni possibilità di malaria ereditaria, si distingue nella malaria congenita la possibilità che il parassita specifico possa farsi strada fino ai vasi fetali della placenta durante la gravidanza o soltanto nel momento del parto. Unicamente la prima modalità di trasmissione, starebbe ad indicare una vera malaria congenita, la seconda invece rappresenterebbe una inoculazione accidentale intra-partum. Si discute se esista una malaria fetale trasmessa in gravidanza e secondo l'autore sembra mancare finora un sicuro esempio di questo avvenimento. Esiste invece la possibilità di infezione malarica intra-partum e di essa si fissano le modalità. Si spiega anche la scarsa frequenza dei casi di malaria trasmessa intra-partum perchè raramente esistono tutte le condizioni favorevoli ad una tale trasmissione. Si tratta poi delle difficoltà di vita che l'ematozoo, anche penetrato nell'ambiente fetale, verrebbe quivi a trovare.

Il caso clinico appoggia il concetto che la malaria non si trasmette al feto nel decorso della gravidanza perchè mancano, all'infuori del periodo del parto, condizioni idonee alla inoculazione del sangue materno nel fetale, anche quando si tratta di forme gravi nelle quali gli accessi febbrili subentranti mostrano che le generazioni parassitarie si moltiplicano rapidamente ed invadono sangue ed organi e manca ogni causa che possa influire a deprimere la capacità vitale dei parassiti stessi (cura chininica). Anche la interpretazione della morte del feto in utero, in donne malariche, non può basarsi sull' idea di un contagio della malattia da madre a feto.

Si tratta altresì dello stato di deficiente sviluppo che si incontra di sovente nei nati di donne malariche, del frequente interrompersi della gravidanza a feto vivo e se ne ricerca la interpretazione. Infine una tabella riassume i casi di presunta trasmissione di ematozoi della

malaria da madre a feto. Questa trasmissione, dopo quanto è stato esposto, riguarda quindi solo quei casi nei quali per circostanze speciali si produce una mescolanza fra sangue materno e sangue fetale.

30. Sul significato dei follicoli linfatici nella mucosa uterina durante la gravidanza e fuori di essa. — *Vedi pubblicazioni N. 30.*

Si premette come nella descrizione della mucosa uterina (tanto nei trattati di anatomia, quanto in quelli della specialità ostetrico-ginecologica) non è posta in chiara luce la questione dell'esistenza o meno di follicoli linfatici.

Vengono poi descritte delle formazioni, coi caratteri tipici di follicoli linfatici, nella mucosa uterina in un caso di osteomalacia all'infuori del periodo di gravidanza; si ricordano produzioni simili in casi di tubercolosi annessiali e le quasi costanti produzioni follicolari della decidua.

Si conclude esprimendo l'avviso che la formazione di veri e propri addensamenti di cellule linfoidi regolari e numerose nella mucosa uterina, tanto da far parlare di follicoli, sia un fatto temporaneo legato a stimoli speciali che si trovano nella gravidanza e forse nel premestruo. Stimoli equipollenti si riscontrano di rado all'infuori di queste condizioni; in casi di osteomalacia (forse per la esuberanza della funzionalità e della irrorazione utero-ovarica) ed in certi rari casi di processi infiammatori specifici (tubercolosi) sembrerebbe che esistessero circostanze favorevoli alla costituzione di follicoli linfatici nella mucosa uterina.

Il numero rilevante di follicoli che si forma durante la gravidanza potrebbe costituire una delle cause della leucocitosi gravidica e sopratutto spiegare la leucocitosi costante nel travaglio, in quanto le contrazioni del miometrio tendono, per così dire, a spremere di parte del loro contenuto le dette formazioni linfatiche.

(Al lavoro sono unite tre tavole).